

CC - Ps  
43  
+ / 194

**TESIS DOCTORAL**

**EVALUACION PSICOLOGICA EN LA VEJEZ:  
INSTRUMENTACION DESDE UN ENFOQUE  
MULTIDIMENSIONAL**



*Ignacio Montorio Cerrato*

*Directora: Dra. Rocío Fernández-Ballesteros*

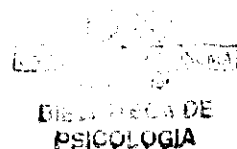
*(Catedrática de Psicodiagnóstico)*

Dpto. Psicología Biológica y de la Salud

Universidad Autónoma de Madrid

Madrid, 1990

R.4. -20.050



Reg BC 47584

## **Agradecimientos**

*. A la Dra. Rocío Fernández-Ballesteros, directora de esta Tesis Doctoral, por su dedicación con la línea de investigación sobre Tercera Edad y, muy en particular, porque su esfuerzo y atención hacia este trabajo han conseguido mantener mi ánimo en todo momento.*

*. A la Profa. Izal cuya colaboración y empuje han facilitado de forma considerable la realización de esta Tesis Doctoral.*

*. A mis compañeros M<sup>a</sup> Gloria Llorente, María Angeles Guerrero y José Manuel Hernández, por compartir durante los últimos años la "inquietudes" de investigación así como por el ánimo que me han proporcionado a lo largo de toda la realización de este trabajo.*

*. A Miguel Ruíz Díaz, profesor de esta Universidad, por haberme introducido en el mundo de la PC-estadística, lo que tanto ha facilitado mi trabajo.*

*. A Manuel Porras, director de Centros Residenciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, por su inestimable ayuda y a los psicólogos de los centros residenciales para ancianos pertenecientes al mismo Instituto por su cooperación en este trabajo.*

*. A los ancianos que se han prestado a participar en este trabajo por su altruismo, probablemente mayor que en cualquier otro grupo de edad, ya que, como se dice en alguna parte de este trabajo, debido a su "falta de familiaridad hacia la situación de evaluación", habrán debido superar un cierto recelo hacia tal situación.*

*A todas estas personas mi más sincero agradecimiento.*

# INDICE

## ESTUDIO TEORICO

1. Introducción .....	1
2. Problemas generales de la evaluación en la vejez .....	6
2.1. Introducción .....	7
2.2. Evaluación multidimensional vs unidimensional ....	9
2.3. Tecnologia básica de evaluación en la vejez .....	18
2.3.1. Problemas en la aplicación a ancianos de instrumentos generales .....	18
2.3.2. Técnicas básicas de recogida de datos .....	23
2.3.2.1. La entrevista en la evaluación de ancianos .....	23
2.3.2.2. Técnicas de observación en ancianos .	26
2.3.2.3. El autoinforme en la evaluación en la vejez .....	28
2.3.2.4. El autorregistro en la evaluación en la vejez .....	30
2.4. Condiciones en el proceso de evaluación en la vejez .....	32
2.4.1. Desde el evaluado .....	32
2.4.2. Desde el evaluador .....	37
2.4.3. Desde la situación de evaluación .....	40

<b>3. EVALUACION DE ASPECTOS PSICOLOGICOS RELEVANTES EN LA VEJEZ .....</b>	<b>42</b>
3.1 Introducción .....	43
3.2 Evaluación del funcionamiento cognitivo: Memoria ...	46
3.2.1 Introducción .....	46
3.2.2 Naturaleza de las diferencias debidas a la edad desde el modelo del procesamiento de la información .....	50
3.2.2.1 Memoria sensorial .....	51
3.2.2.2 Memoria primaria .....	53
Estudios sobre la amplitud de memoria	54
Efectos de la modalidad sensorial.....	56
3.2.2.3 Memoria secundaria .....	58
Diferencias en recuerdo y reconocimiento debidas a la edad .....	58
Diferencias en adquisición y organización	61
3.2.2.4 Memoria remota .....	64
3.2.3 Causas de las diferencias en memoria debidas a la edad .....	65
3.2.3.1 Hipótesis Biológicas .....	65
3.2.3.2 Hipotesis de procesamiento .....	67
Hipotesis de almacenamiento .....	68
Hipotesis de recuperación .....	69
Hipotesis de codificación .....	70
3.2.3.3 Perspectiva contextual .....	72



3.2.4. Evaluación de la memoria .....	75
3.2.4.1 Objetivos de evaluación .....	77
3.2.4.2 Componentes de la evaluación .....	78
3.2.4.3 Perspectivas psicométricas: criterios de validez .....	82
3.2.4.4 Criterios en la elección de las técnicas de medida .....	84
3.2.4.5 Hacia una evaluación de la memoria ...	89
Factores concomitantes .....	90
Auto-percepción de memoria .....	91
Pruebas de ejecución de memoria .....	102
Instrumentos generales de evaluación	102
Tareas específicas de evaluación	105
3.3 Evaluación del funcionamiento afectivo: Depresión ..	115
3.3.1 Introducción .....	115
3.3.2 Prevalencia de la depresion en la vejez .....	121
3.3.3 Correlatos de la depresión .....	124
3.3.4 Principales problemas en la evaluacion de la depresion en la vejez .....	128
3.3.4.1 Ambigüedad del término e identificación de la depresión .....	128
3.3.4.2 Depresión y demencia .....	130
3.3.4.3 Influencia de las enfermedades y fármacos en la depresión .....	133
3.3.4.4 Problemas en la tecnología de evaluación en la depresión .....	134

3.3.5 Técnicas de medida .....	136
3.3.5.1 Entrevista .....	137
Instrumento CARE .....	137
Instrumento OARS .....	139
3.3.5.2 Autoinforme .....	134
Cuestionarios de Acontecimientos ...	140
Autoinforme de Memoria (ZUNG) .....	142
Inventario de Depresión de Beck ....	143
Lista de Adjetivos de Depres. (DACL)	145
EDA (Brink y col.) .....	146
3.4 Evaluación del funcionamiento psicológico y social	151
3.4.1. El bienestar subjetivo .....	151
3.4.1.1 Introducción .....	151
3.4.1.2 El concepto de bienestar subjetivo ..	152
3.4.1.3 Estrategias de Estudio en el Análisis del Bienestar Subjetivo .....	155
Estrategia factorial .....	156
Estrategia correlacional .....	157
3.4.1.4 Instrumentos de Evaluación .....	160
Índice de Satisfacción con la Vida .....	161
Escala de Satisfacción Filadelfia .....	163
3.4.2. Redes de apoyo social .....	170
3.4.2.1. Introducción .....	170
3.4.2.2. Apoyo social y vejez .....	172
3.4.2.3. Evaluación de las redes de apoyo social .....	173
Perfil de Análisis de Redes .....	174
Apoyo y Vínculos Sociales .....	175
Escala de Evaluación de Apoyo y Contacto Sociales .....	175

3.5 Evaluación de la Salud .....	176
3.5.1 Introduucción .....	176
3.5.2 Evaluación de la Salud Física desde la Psicología .....	179
3.5.2.1 Indicadores de salud física .....	179
3.5.2.2 Autoevaluación de la salud .....	183
3.6 Evaluación de Actividades de la Vida Diaria .....	190
3.6.1 Introduucción .....	190
3.6.2 Dimensiones .....	192
3.6.3 Escalas AVD - Escalas de apreciación de la conducta .....	195
3.6.4 Consideraciones metodológicas en las escalas AVD .....	197
3.6.5. Instrumentos de Actividades de la Vida Diaria .....	199
Indice de Katz .....	200
Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria .....	201
NOSIE-30 .....	203

#### PARTE EMPIRICA

1. Introduucción .....	208
2. Estudio empírico .....	210
2.1. Método .....	210
2.1.1 Sujetos .....	210
2.1.2 Variables relevantes e instrumentos .....	212
2.1.3. Procedimiento .....	214

Sistema de puntuación .....	216
Análisis estadístico .....	217
2.1.4. Resultados .....	219
2.1.4.1. Validación y estandarización de instrumentos .....	220
Inventario de Depresión de Beck .....	220
Lista de Adjetivos para la Depresión (DACL) ..	221
Escala de Satisfacción Filadelfia .....	222
Autoinforme de Memoria .....	226
Escala de Memoria Lógica .....	227
Escala de Pares Asociados .....	228
Escala de Contactos y Apoyo Social .....	229
Escala de Actividades de la Vida Diaria .....	230
Escala de Observación para la Evaluación de Residentes .....	231
2.1.4.2. Relaciones entre variables .....	249
2.2. Discusión .....	261
2.3. Conclusiones .....	282
Anexo 1 .....	285
BIBLIOGRAFIA .....	299

## Índice de Tablas

Tabla 1	Revisión de los principales estudios sobre la memoria .....	49
Tabla 2	Capacidad de recuerdo de letras .....	55
Tabla 3	Número de Dígitos recordados .....	57
Tabla 4	Porcentaje de pares asociados recordados .....	63
Tabla 5	Evidencia de deterioro de la capacidad de memoria .....	64
Tabla 6	Principales escalas de memoria y sus Características .....	77
Tabla 7	Resumen de los hallazgos en los estudios de metamemoria .....	94
Tabla 8	Cuestionarios de evaluación de la memoria autoinformada .....	97
Tabla 9	Cuestionarios de evaluación de la memoria autoinformada: Propiedades psicométricas .....	98
Tabla 10	Cuestionarios de evaluación de la memoria autoinformada: Dimensiones .....	99
Tabla 11	Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col., 1983) Ejemplo de elemento por dimensión .....	101
Tabla 12	Procesos cognitivos y subcomponentes .....	106
Tabla 13	Pruebas de evaluación cognitiva propuesta .....	107
Tabla 14	Principales características para diferenciar demencia y depresión (I) .....	132
Tabla 15	Principales características para diferenciar demencia y depresión (II) .....	133
Tabla 16	Pleasant Events Schedule (MacPhillamy y Lewinshon, 1982) y Unpleasant Events Schedules (Lewinshon y Talkington, 1979): Propiedades psicométricas .....	141
Tabla 17	Pleasant Events Schedule (MacPhillamy y Lewinshon, 1982) y Unpleasant Events Schedules (Lewinshon y Talkington, 1979): Datos descriptivos .....	142
Tabla 18	Índice de Satisfacción con la Vida. Correlaciones entre las distintas formas .....	163
Tabla 19	Escala de Satisfacción de Filadelfia (Lawton, 1972): Estadística descriptiva .....	166
Tabla 20	Escala de Satisfacción de Filadelfia: Coeficientes de fiabilidad .....	167
Tabla 21	Indicadores de salud física .....	180
Tabla 22	Actividades de la Vida Diaria: Porcentaje de personas que necesitan ayuda .....	191
Tabla 23	Actividades de la vida diaria (I): listado de dimensiones y elementos .....	193
Tabla 24	Actividades de la vida diaria (II): listado de dimensiones y elementos .....	194
Tabla 25	Localización y nivel de cuidado de las residencias de la muestra .....	210
Tabla 26	Distribución de los Residentes por sexo, edad, estado civil .....	214
Tabla 27	Índices obtenidos por Instrumento .....	218
Tabla 28	Escala de Satisfacción de Filadelfia: datos procedentes del Análisis factorial .....	224

Tabla 29	Dimensiones de la Escala de Satisfacción de Filadelfia: propiedades psicométricas .....	225
Tabla 30	Correlaciones entre dimensiones de la Escala de Satisfacción de Filadelfia .....	225
Tabla 31	Escala de Satisfacción de Filadelfia: datos descriptivos .....	226
Tabla 32	Subtest de Pares Asociados: fiabilidad test-retest .....	229
Tabla 33	Subtest de Pares Asociados: datos descriptivos .....	229
Tabla 34	Escala de Actividades de la Vida Diaria: datos procedentes del análisis factorial .....	232
Tabla 35	Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria: Relación entre sus dimensiones .....	233
Tabla 36	Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria: propiedades psicométricas .....	234
Tabla 37	Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria: dimensiones .....	235
Tabla 38	Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria: función canónica discriminante .....	236
Tabla 38	Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria: función discriminante .....	237
Tabla 40	Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria: datos descriptivos ..	239
Tabla 41	Escala de Observación para la Evaluación de Residentes: datos procedentes del análisis factorial .....	241
Tabla 42	Escala de Observación para la Evaluación de Residentes: correlaciones entre sus dimensiones .....	242
Tabla 43	Escala de Observación para la Evaluación de Residentes: dimensiones y propiedades psicométricas .....	243
Tabla 44	Escala de Observación para la Evaluación de Residentes: relaciones entre dimensiones .....	243
Tabla 45	Escala de Observación para la Evaluación de Residentes: diferencias entre ancianos asistidos-válidos .....	244
Tabla 46	Escala de Observación para la Evaluación de Residentes: función canónica discriminante EOER .....	245
Tabla 47	Escala de Observación para la Evaluación de Residentes: correlación elemento-función discriminante EOER .....	246
Tabla 48	Influencia de variables socio-demográficas .....	248
Tabla 49.	Relaciones entre variables: depresión, bienestar y apoyo social .....	252
Tabla 50.	Relaciones entre variables: memoria y depresión .....	253
Tabla 51.	Relaciones entre dimensiones: quejas de memoria y satisfacción .....	253
Tabla 52.	Relaciones entre variables: Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria y Escala de Observación para la Evaluación de Residentes .....	254
Tabla 53.	Predicción de quejas de memoria .....	255
Tabla 54.	Predicción de Memoria Lógica .....	256
Tabla 55.	Predicción de Pares Asociados .....	256
Tabla 56.	Predicción de depresión (Inventario de Depresión de Beck; Beck y col., 1961) .....	257

Tabla 57. Predicción de depresión (Lista de Adjetivos para la Depresión; Lubin, 1967) .....	258
Tabla 58. Predicción de Competencia Social .....	258
Tabla 59. Predicción de Higiene .....	259
Tabla 60. Predicción de Retardo .....	259
Tabla 61. Predicción de Irritabilidad .....	260
Tabla 62. Criterios de diagnóstico de Depresión en el Florida Mental Health Institute .....	267

## Indice de Figuras

Figura 1 Componentes de la evaluación de la memoria .....	79
Figura 2 Impacto de las ayudas informales y otras variables sobre la salud percibida .....	189
Figura 3 Función canónica discriminante de Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria .....	238
Figura 4 Función canónica discriminante canónica de la Escala de Observación para la evaluación de residentes .....	247
Figura 5 Interrelaciones entre variables psicológicas relevantes .....	278

## 1. INTRODUCCION

---

Este trabajo tiene por objetivo general el establecimiento de un sistema de evaluación psicológica del grupo de población de más edad. Nuestra intención última es contribuir a la mejora del proceso de evaluación de este grupo de edad con especial referencia en la tecnología a utilizar. Una serie de importantes razones sociales y científicas avalan estos objetivos.

La sociedad, tan sólo recientemente, ha empezado a tomar conciencia del problema que representa el envejecimiento de la población y la necesidad de dar respuestas a las consecuencias personales, sociales y políticas de ello. Tradicionalmente, otros grupos de edad han recibido una mayor atención en las sociedades más desarrolladas. Centrándonos, por ejemplo, en la infancia, se comprueba el desarrollo de un amplio sistema de educación, de cuidado socio-sanitario (hospitales infantiles, guarderías, etc.) y de protección jurídica para este grupo de edad (ley de adopción), etc.. Por lo que respecta a los profesionales de la psicología, el ámbito de la infancia también ha supuesto tradicionalmente un importante polo de desarrollo de investigación y tecnología. El colectivo de ancianos, sin embargo, ha permanecido ignorado hasta tiempos recientes, existiendo tan sólo medidas socio-políticas de índole fundamentalmente económicas (ley de pensiones), así como una serie de actuaciones aisladas procedentes de la iniciativa privada (principalmente de carácter benéfico). En los últimos tiempos, no obstante, las iniciativas y servicios procedentes de organismos públicos y privados, tanto a nivel nacional como internacional, han experimentado un constante aumento. Como muestra de ello, remitiéndonos a nuestro ámbito más cercano, puede destacarse que en el transcurso del presente año se hará público en nuestro país un *Plan Gerontológico Nacional*.

Paralelamente al interés social, desde la ciencia existe también un interés por el envejecimiento desde múltiples perspectivas. Desde la Psicología, uno de los más importantes enfoques de investigación gerontológica, surge bajo la asunción de un





modelo bio-psico-social. Es decir, la vejez y el envejecimiento han de ser considerados desde una perspectiva multidimensional e integradora teniendo en cuenta aspectos biológicos, sociales y personales, en contraposición al enfoque tradicional, que ha enfatizado los aspectos deficitarios. En este sentido, se hace necesario conocer el envejecimiento "normal".

Así pues, nuestro interés en este trabajo se centra en la "vejez normal". No nos detendremos, por ello, en el examen de los ancianos que sufren determinados trastornos (p. ej., cognitivos, tales como demencias tipo Alzheimer), aunque a veces nos será necesario referirnos a este grupo de personas. La justificación fundamental para ello es que, contrariamente a estereotipos frecuentes sobre la vejez, la mayoría de las personas mayores de 65 años, mantienen un nivel de funcionamiento satisfactorio. Existen, no obstante, datos procedentes de distintas investigaciones que demuestran que entre las personas mayores pueden producirse múltiples cambios que afectan a su comportamiento. Esto nos lleva a plantearnos, desde la evaluación psicológica, la posibilidad de que ésta reúna ciertas características idiosincráticas en su aplicación a personas de más edad. Así, por ejemplo, expertos en evaluación gerontológica han sugerido la conveniencia de realizar evaluaciones multidimensionales de los ancianos, de tal forma que en el proceso de evaluación se incluya un amplio rango de variables. Esto nos permitirá dar cuenta de las complejas relaciones de la conducta, cuya ignorancia puede desembocar en una evaluación inadecuada y, por tanto, en una intervención ineficaz (Comfort, 1978).

Si entendemos la evaluación psicológica como el proceso a través del cual se pretende el análisis objetivo de los comportamientos considerados relevantes en un sujeto a los niveles de complejidad necesarios, así como la detección de las variables que causan o mantienen dichos comportamientos (Fernández-Ballesteros, 1980), la evaluación en la vejez -al igual que en cualquier otra etapa del ciclo vital- responde a este proceso sistemático de recogida de información acerca de un sujeto o grupo de ellos. Es nuestra intención dedicar este trabajo a plantear y revisar una serie de aspectos que justifican el que en este grupo de edad sea necesario hablar de evaluación -y en su caso intervención- propia de la llamada "tercera edad", pues si bien tales

procedimientos no se sustraen a los principios generales y garantías que toda "evaluación científica" debe cumplir (Fernández-Ballesteros, 1980; Silva, 1989), sí parece necesario establecer las particularidades que los instrumentos y tests de evaluación deben conllevar al dar cuenta de determinadas variables en la población anciana.

En este sentido, a partir del final de la década de los 70 un gran número de autores han subrayado los problemas específicos de la evaluación psicológica de los ancianos (Arenberg, 1978; Crook, 1979; Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Lawton y Storandt, 1984; Magnen y Peterson, 1982; Schaie, 1978; Schaie y Schaie, 1977; Zarit, Eiler y Hassinger, 1985). La evaluación psicológica para el grupo de ancianos carece de procedimientos y tecnología de evaluación adecuados, así como de una sistematización en la recogida e integración de aquellos aspectos característicos en la evaluación de las personas mayores. Además, es posible que la manifestación de los constructos psicológicos difiera entre ancianos y personas de menos edad. Así, por ejemplo, entre los ancianos es frecuente encontrar una confusión entre síntomas somáticos de depresión y quejas reales debidas a enfermedades o consumo de fármacos. En otras palabras, los aspectos "fenotípicos" de algunos constructos psicológicos no deben ser equiparados entre los distintos momentos del ciclo vital, lo que es de especial importancia en el diseño y aplicación de técnicas de evaluación. Un último aspecto relevante en la evaluación de los ancianos es la gran variabilidad individual que éstos muestran (Baltes y Willis, 1977) y las implicaciones de ello sobre el establecimiento de datos normativos apropiados.

Del examen de la literatura especializada, puede concluirse, por tanto, la existencia de ciertas particularidades en el proceso de evaluación de las personas mayores y la necesidad, por ello, de realizar un esfuerzo para sistematizar las características propias del grupo de ancianos e integrarlas dentro del proceso de evaluación psicológica. Por otra parte, se trataría de poner a punto las herramientas específicas que den cuenta de los aspectos psicológicos relevantes en esta etapa de la vida.

Con este propósito, en la parte teórica del trabajo se dedica un capítulo inicial a los problemas generales de evaluación en la vejez, incluyéndose en él tres aspectos principales: *¿qué evaluar?*, *¿con qué?* y *¿cómo?*. En primer lugar, se incluyen las razones que, desde la evidencia empírica y la teoría, hacen aconsejable considerar una evaluación multidimensional en la vejez, revisándose los principales cambios que se pueden producir como efecto del paso del tiempo, las consecuencias que ello tiene y cómo los cambios interactúan entre sí. En segundo lugar, se analiza la utilización de tecnología básica de evaluación en la vejez, examinándose la utilización y transposición de las técnicas de medida validadas y estandarizadas con población general a población mayor de 65 años, para, en definitiva, cuestionar la aplicabilidad de instrumentos baremados con población adulta a población anciana. Se mencionan, también, algunas características específicas para el grupo de población de más edad referentes a algunas técnicas de medida concretas como son la entrevista, la observación, el autoinforme y el autorregistro. Por último, se ha realizado un examen exhaustivo de las condiciones que intervienen en el proceso diagnóstico, integrándolas en la triple clasificación propuesta por Fernández-Ballesteros (1980, 1983) -condiciones desde el sujeto evaluado, desde el evaluador y desde la situación de evaluación-.

En el segundo capítulo, se revisa la evaluación de las principales áreas del funcionamiento personal de los ancianos: funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y funcionamiento social, salud y actividades de la vida diaria. Para la revisión de cada uno de estos temas se ha seguido un esquema similar, en el que se incluye la justificación e importancia del mismo en la vejez, los cambios que pueden producirse en este área al envejecer, la relación e interdependencia con otras áreas del funcionamiento personal, los problemas y requisitos de evaluación y, por último, los principales instrumentos de evaluación. Por lo que respecta a estos últimos, se han incluido instrumentos de evaluación tanto específicos para ancianos, como aquellos frecuentemente utilizados con este grupo de población procedentes de otros grupos de edad.

Con respecto a la parte empírica de este trabajo, el estudio ha consistido en la validación psicométrica y la elaboración de baremos de una serie de instrumentos con población anciana, incluidos en las áreas de evaluación mencionadas anteriormente. Concretamente son ocho las pruebas de evaluación validadas para población española. Se han realizado, además, análisis exploratorios de la interdependencia entre distintas dimensiones del funcionamiento.

## **2. PROBLEMAS GENERALES DE LA EVALUACION EN LA VEJEZ**

## 2.1. Introducción

---

En la introducción general de este trabajo manteníamos que, si bien la evaluación psicológica en la vejez no se sustrae de los principios generales del proceso evaluativo, sí existen ciertos problemas y singularidades que creemos deben tenerse en cuenta para que el trabajo de los psicólogos con población anciana sea más adecuado. Entre estos problemas, a nuestro juicio tienen una especial relevancia los derivados de la distinción entre evaluación multidimensional y unidimensional, los emanados de los dispositivos de medida o instrumentación y, por último, los procedentes de las condiciones específicas de la evaluación.

Con respecto al primer aspecto, desde un enfoque bio-psico-social, la investigación ha demostrado que entre los ancianos pueden producirse múltiples cambios que afectan a su comportamiento. La adecuada consideración de los mismos nos permitirá valorar las complejas interdependencias de los distintos aspectos implicados en el comportamiento de las personas mayores. Con este objetivo, a lo largo de las siguientes páginas vamos a analizar la necesidad, puesta de relieve desde distintos enfoques teóricos, de realizar una evaluación multidimensional de los ancianos. Examinaremos, por tanto, la influencia que determinados cambios, producidos como consecuencia del paso de los años, tienen sobre otros aspectos del funcionamiento humano. Para ello, se analizarán los cambios fisiológicos -con especial incidencia en los cambios en el sistema visual y auditivo-, los cambios psicosociales -pérdidas de contactos e interacción social, cambios económicos y laborales- y los cambios ambientales -de vivienda, necesidad de ayudas protésicas-, así como las variables moduladoras que actúan modificando las consecuencias que tales cambios tienen sobre las personas.

En segundo lugar, se han analizado las limitaciones en la aplicación a ancianos de instrumentos de población general, así como las particularidades de las principales técnicas básicas de recogida de datos: entrevista, observación, autoinforme y autoregistro.

Con respecto al tercer grupo de problemas en la evaluación, hemos procedido a realizar un análisis de las variables que intervienen en el proceso de evaluación. Para ello, hemos integrado la información recogida sobre las condiciones de evaluación en la clasificación propuesta por Fernández-Ballesteros (1980, 1983) -condiciones desde el sujeto evaluado, desde el evaluador y desde la situación de evaluación-.

## 2.2. Evaluación multidimensional vs. unidimensional

---

Los modelos que tratan de explicar la vejez surgidos a lo largo de las últimas décadas Teoría de la Desvinculación (Cumming y Henry, 1961), Teoría de la Actividad (Havighurst, 1963), Modelo de la Competencia (Lawton y Nahemow, 1973), Teoría de la Continuidad (Atchley, 1987) u otros modelos de orientación patológica (p. ej., Gurland, 1976) postulan concepciones teóricas sobre el comportamiento en la vejez y enfocan el tema de la evaluación y los aspectos relacionados con ella haciendo el énfasis en la necesidad de una evaluación comprehensiva y multidimensional. De acuerdo a Gallagher, Thompson y Levy (1980) la coincidencia en la necesidad de este aspecto en posturas de diferente signo conceptual pone de relieve la importancia de valorar la contribución de la conjunción de diferentes aspectos biológicos, sociales y personales al realizar una evaluación rigurosa de las personas de más edad.

Véamos, a continuación, algunas de las razones para ello. Fernández-Ballesteros y González (1983, pág. 211-212) ofrecen un convincente razonamiento sobre la conveniencia de tener en cuenta simultáneamente diferentes dimensiones en la evaluación del envejecimiento:

En nuestra opinión, la evaluación psicológica del anciano es de enorme importancia. Téngase en cuenta que a partir de los 65 años se suelen producir múltiples cambios en la vida de los sujetos humanos debido a los cuales éstos han de tomar decisiones importantes. Así, por ejemplo, la jubilación, deja a la persona sin actividad laboral (una de las que más tiempo ocupa a lo largo de la vida) y, precisamente, en un momento en el que la inactividad puede tener repercusiones negativas sobre la salud y ésta sobre el equilibrio psíquico, ¿cómo llenar el ocio?. La jubilación suele llevar consigo también una merma de las entradas económicas con lo cual el anciano puede no tener más remedio que plantearse su traslado a una Institución, acogiéndose así a los beneficios estatales o de otro tipo, ¿cómo va a adaptarse a ese nuevo tipo de vida?. La pérdida, o la lejanía, de seres queridos provoca sentimientos de soledad, abatimiento e insatisfacción y, con todo ello, la aparición de trastornos conductuales reactivos tiene una mayor incidencia en esta edad, ¿cómo resolver estos problemas?. Por si estos cambios económicos, sociales y familiares fueran pocos, el sujeto progresivamente va perdiendo alguna de sus competencias intelectuales y habilidades funcionales, lo cual repercute en su autoestima, ¿es posible prevenir o reentrenar las funciones en déficit?



## Cambios fisiológicos

Efectivamente, los factores que intervienen en la conducta de la personas mayores son numerosos y complejamente relacionados. La vejez se ha caracterizado tradicionalmente -no sin razón- como una época en la que se producen múltiples cambios de tipo fisiológico, aunque, por otra parte, los cambios no se producen de forma homogénea en el grupo de ancianos. Estos cambios hacen referencia, principalmente, al mayor número de enfermedades que pueden padecerse así como a determinados cambios como, por ejemplo, las pérdidas sensoriales o la disminución en la velocidad de respuesta.

Con respecto a las enfermedades, baste como ejemplo de su importancia algunos datos concretos. Kalish (1975) señala que el 40% de las personas mayores de 65 años tienen alguna limitación en sus actividades causada por enfermedades crónicas y , por otra parte, Ribere Domenec (1986) indica un porcentaje de 42% de sujetos con alguna condición crónica (p. ej., artrosis o hipertensión). En este sentido, algunas enfermedades pueden producir efectos directos sobre el funcionamiento cognitivo (p. ej., demencias). También, las enfermedades pueden tener efectos indirectos sobre el comportamiento, como sería el caso de las molestias producidas por el dolor crónico o las restricciones en la movilidad de los ancianos, que suponen una limitación a la exposición de "señales", "incitadores" y "refuerzos ambientales". Incluso, las enfermedades pueden llevar a que los ancianos mantengan una percepción generalizada de sí mismos como personas poco competentes (Patterson y Jackson, 1981).

Los déficits sensoriales son, así mismo, frecuentes entre los ancianos. Se ha encontrado, por ejemplo, que la enfermedad más importante según los propios ancianos son los trastornos visuales; si bien en el grupo de jóvenes y adultos la tasa de prevalencia se sitúa en torno al 7% en el grupo de ancianos los trastornos visuales alcanzan un valor de casi un 30% (Ribere Domenec, 1986). En un estudio reciente (Fernández-Ballesteros, Izal, Hernández, Llorente, Montorio y Guerrero, 1989) se encuentra que el 50.3% de residentes funcionalmente autónomos de 32 centros para ancianos informan sufrir trastornos de visión y un 17.3% lo presentan relacionado con

la audición. Obviamente los cambios sensoriales originan una comunicación y una movilidad más difíciles, debilitando la aparición de ciertas conductas y, por tanto, los refuerzos asociados a ellas.

### Cambios psicosociales

Además de los cambios de naturaleza sensorial o fisiológica podemos encontrar cambios psicosociales en la vejez con importantes consecuencias derivadas de ellos. Nos referimos a las pérdidas psicosociales que implican una disminución de los recursos, actividades y contactos sociales de las personas mayores. La jubilación ha sido quizá el fenómeno más estudiado en la literatura (Atchley, 1975; Shanas, 1972 y Wan y Odell, 1983), al que se asocia una disminución de los ingresos económicos y de la participación social, así como también puede verse acompañada de un decremento de satisfacción con la vida y de un incremento de problemas físicos de salud.

Otro fenómeno de frecuente aparición es la pérdida parcial o completa de interacción social con el cónyuge, los amigos o familiares. Tales pérdidas son debidas a muerte, enfermedad, problemas de movilidad o traslados -emigración de los hijos a otras ciudades, institucionalización de uno o los dos cónyuges-. El estudio de cada una de estas situaciones ha llevado a delimitar a los investigadores y clínicos las consecuencias que para el bienestar puede tener su ocurrencia. Así, por ejemplo, la viudedad ha sido asociada a cambios negativos en la salud física y mental e, incluso, se ha visto acompañada de un incremento en las tasas de mortalidad (Gallagher, Thompson y Peterson, 1981).

En definitiva, las personas no jubiladas mantienen pautas de comportamiento organizadas en función de su trabajo y/o de sus familiares más cercanos. Así los antecedentes y consecuentes que el trabajo ofrece para desarrollar la competencia y la conducta social son numerosos. En el caso de la relación familiar, los estudios desde el enfoque del apoyo social han descrito a la familia como el vínculo que proporciona

el grueso del apoyo en esta edad (Chiriboga, 1987). Las pérdidas en uno o ambos casos provocan una disminución de los "incitadores", "señales" y "refuerzos" para mantener conductas reforzantes (Patterson y Jackson, 1981). Además, la jubilación supone, también, para la mayor parte de los ancianos una disminución de sus recursos económicos, con las consecuencias negativas que ello conlleva.

### Cambios ambientales

Además de los problemas relacionados con la jubilación y la pérdida de vínculos familiares, pueden existir problemas procedentes del propio ambiente en el que vive el anciano. Los estudios que dan cuenta de cómo el comportamiento de los ancianos puede verse alterado como resultado de un cambio en la interacción entre el individuo y su ambiente son múltiples. Así, por ejemplo, se ha sugerido que los individuos con escasas competencias están en situación de riesgo dado que tan sólo serían capaces de afrontar pequeños cambios en el ambiente en el que viven (Lawton y Nahemow, 1973). Otros estudios informan que los ancianos con buenas capacidades espaciales utilizan más servicios dentro de una residencia (Norris y Krauss, 1982) o que la existencia de barreras arquitectónicas en un barrio determina una precaria "salud mental" (Scheidt y Windley, 1985)

Entre los trabajos más conocidos realizados para comprobar la influencia de variables ambientales sobre el comportamiento en la vejez se hallan los desarrollados por M.M. Baltes y sus colaboradores desde el enfoque del condicionamiento operante aplicado al estudio del comportamiento de la vejez (Baltes y Barton, 1979). De estos estudios (Baltes, Burgess y Stewart, 1980; Baltes, Honn, Barton, Orzech y Lago, 1983; Baltes, Reisenzein y Kindermann, 1985 y Lester y Baltes, 1978) se extraen las siguientes conclusiones: las conductas dependientes de los ancianos (p. ej., dependencia en el cuidado personal) son seguidas por una gran cantidad de atención, mientras que las

independientes no lo son; el medio social responde a estas conductas dependientes de forma consistente mientras que no ocurre así con las independientes; otros comportamientos independientes (p. ej., autocuidado) o conductas de participación reciben un apoyo inconsistente del medio social y, por último, el menor apoyo social se da ante conductas activas o participantes y ante comportamientos de autocuidado independientes. En definitiva, las residencias de ancianos constituyen un medio social donde se producen relaciones de contingencia entre el comportamiento de los ancianos y las consecuencias que siguen a este, en forma tal que se potencian actividades dependientes en relación con el cuidado personal y no se favorece el autocuidado independiente, al mismo tiempo que no se refuerzan consistentemente comportamientos activos y participantes. La dependencia mostrada por los ancianos es, pues, una forma de asegurar una contingencia gratificante como es la atención social, al menos en este tipo de ambientes.

### Variables moduladoras

El estado de la cuestión sobre las interrelaciones de las variables en la vejez, puede complicarse aún más si tenemos en cuenta las variables que modulan las consecuencias de las pérdidas anteriormente descritas. Por ejemplo, en el caso del estrés producido por la viudedad se han identificado determinados factores, como son los ingresos económicos (Biggers, 1982; Elwell y Maltbie-Crannell, 1981; Wan y Oldell, 1983), el apoyo social (Gallagher, Thompson y Peterson, 1981) y las estrategias de afrontamiento que actúan como moduladores del impacto de tal suceso. En el caso de la jubilación, las variables consideradas mediadoras son el nivel de salud previo, determinadas características de personalidad (Atchley, 1975; Wan y Odell, 1983) y la orientación y preparación a la jubilación (Wan, 1982). Por otra parte, se ha encontrado un efecto interactivo entre la jubilación y la viudedad, de tal forma que la concurrencia de ambas circunstancias parece provocar una acumulación de estrés (Atchley, 1979; Wan, 1982; Wan y Odell, 1983).

Se desprende de lo anteriormente expuesto que el impacto causado por las pérdidas socio-ambientales no será uniforme para todos los ancianos, ya que existen diversas variables intervinientes tales como las estrategias de afrontamiento - valoración subjetiva, reconocimiento y anticipación de las pérdidas-, recursos procedentes del apoyo social (Kahana, Kahana y Young, 1986), estado de salud, etc. que intervienen en el impacto producido por la pérdida.

Además de las diferencias individuales en el impacto de los cambios fisiológicos o psicosociales en la vejez, nos parece conveniente reiterar que la mayor parte de los ancianos no experimentarán problemas severos en todos los factores descritos anteriormente. Ahora bien, también es preciso reconocer que muchos de los factores descritos tienen el riesgo de producir conductas consideradas normalmente menos competentes y, por ello, causar problemas en el funcionamiento diario de los ancianos.

En resumen, podemos afirmar que en las personas mayores concurren una multiplicidad de problemas que pueden afectar a la conducta. Además la interconexión entre variables biológicas, psicosociales y ambientales es mayor en la vejez que a lo largo de la infancia, juventud y la edad adulta. Parece conveniente, pues, recomendar en esta etapa de la vida una evaluación multidimensional, en la que se incluyan variables sociales, ambientales y fisiológicas que pueden dar cuenta de la complejidad de la conducta, sentando así una sólida base para el diseño del tratamiento. Ignorar la interdependencia natural de la interacción ambiente-conducta en la vejez puede conducir a una decepcionante planificación en la intervención (Comfort, 1978) o a un inadecuado diseño de programas preventivos .

## **Variables relevantes en la vejez**

Consecuentemente, al abogar por una evaluación multidimensional de la vejez, hemos de plantearnos cuáles son las variables relevantes en esta edad. Las distintas revisiones específicas de evaluación en la vejez proponen diferentes áreas (Arenberg, 1978; Crook, 1979; Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Lawton y Storandt, 1984; Schaie, 1978; Schaie y Schaie, 1977 y Zarit, Eiler y Hassinger, 1985). A nuestro juicio las dimensiones más importantes tras la revisión de la literatura y nuestra propia experiencia son las siguientes:

### **Funcionamiento cognitivo.**

Junto a la salud, el funcionamiento cognitivo ha sido un área de interés principal en el estudio y caracterización de la vejez (Gallagher, Thompson y Levy, 1980). En una revisión general sobre el funcionamiento cognitivo (Botwinick, 1977) se concluye que el declive intelectual es parte del proceso de envejecimiento normal y que éste parece empezar a una edad avanzada (por encima de los 75 años), ser de menor cuantía e incluso afectar a un menor número de funciones de lo que tradicionalmente se ha pensado. En este sentido, con respecto a la evaluación del funcionamiento cognitivo en la vejez el interés se ha centrado en evaluar los procesos de atención, habilidades perceptivas y psicomotrices, atención, aprendizaje, capacidad de resolución de problemas e inteligencia, aunque los procesos relacionados con la memoria han sido sobre los que ha recaído principalmente el esfuerzo de los investigadores.

### **Evaluación del bienestar: satisfacción-depresión**

El bienestar subjetivo y otros conceptos muy relacionados con la salud mental, calidad de vida y buena adaptación juegan un rol central en la investigación sobre la vejez. Este constructo de amplio espectro engloba las reacciones afectivas de las personas sobre su propia vida dentro de un continuo que va desde lo positivo a lo negativo (Okun, 1987). Este aspecto es de especial interés en la vejez dadas las

múltiples circunstancias que alteran la vida de los ancianos y que pueden afectar a su bienestar subjetivo. Es necesario considerar en la vejez los dos polos mencionados de este continuo del bienestar. Por un lado, en el polo positivo, se hace necesario evaluar tanto la satisfacción que los sujetos muestran en sus vidas actuales como el optimismo con respecto a su futuro. Por otro lado, en el polo negativo del bienestar, entraríamos en el terreno de la evaluación de la depresión que, como se verá más adelante, es el trastorno de frecuente aparición entre los ancianos.

### **Salud física.**

Los ancianos son el grupo de población con la mayor proporción de enfermedades, con un 86% de personas por encima de los 65 años que tienen al menos una enfermedad de carácter crónico (Kovar, 1983). Utilizar un modelo biomédico de salud en el que se defina a ésta como la "ausencia de enfermedad" es, cuánto menos, paradójico en la vejez. Si además pensamos que estas enfermedades pueden ser asintomáticas (p. ej., hipertensión) parece más oportuno utilizar un concepto de salud funcional que determine cómo el sujeto funciona en su vida cotidiana. Así se contemplaría la evaluación en aspectos tales como la movilidad, la capacidad de desempeñar roles en su vida diaria, el autocuidado y la propia manifestación, curso, severidad y consecuencias de las enfermedades (Kovar, 1987). Asimismo, puede resultar de interés conocer tanto las propias percepciones del sujeto sobre su salud como el consumo de fármacos (Gallagher, Thompson y Levy, 1980).

### **Funcionamiento social.**

El funcionamiento social es un concepto general que abarca las relaciones entre los individuos y las actividades realizadas dentro de la sociedad. Kane y Kane (1981) justifican la necesidad de evaluar el funcionamiento social en la vejez por los siguientes motivos: el grado de funcionamiento social es importante en sí mismo; existe una asociación entre el funcionamiento físico y mental y el funcionamiento social, de

tal modo que una disminución de éste último puede influir adversamente en los dos primeros o viceversa y, por último, el bienestar social favorece las habilidades de afrontamiento ante problemas de salud y mantenimiento de la autonomía.

En la evaluación del funcionamiento social se incluirán medidas de apoyo social -existencia, naturaleza, frecuencia e importancia subjetiva de las interacciones-, medidas del uso del tiempo libre -participación en actividades sociales, implicación en centros, asociaciones, etc.-, medidas de la utilización y necesidad de uso de recursos y servicios, medidas de estatus económico (Kane, 1987) y medidas de recogida de situaciones sociales difíciles (Berger y Rose, 1979).

Por último, la necesidad de entender la conducta del sujeto dentro del ambiente ha sido suficientemente justificada (Moos, 1974). En este sentido, Fernández-Ballesteros (1985, 1989) ha desarrollado un modelo que enfatiza en el papel que el ambiente juega en la adaptación de las personas mayores. Desde la conceptualización de este modelo se hace preciso evaluar determinadas características ambientales (físico-arquitectónicas, organizativas, etc.) que puedan hacer entender mejor el comportamiento de los ancianos que habitan en ese determinado ambiente. Así, por ejemplo, la evaluación de las condiciones de la vivienda y su influencia sobre la satisfacción del sujeto o la evaluación de refuerzo que el anciano obtiene por manifestar comportamientos independientes de autocuidado son dos muestras de la importancia de la evaluación del entorno del sujeto.

En resumen, se ha planteado como primer problema de la evaluación psicológica en la vejez la elección entre una vertiente multidimensional o unidimensional, presentando una propuesta de "qué evaluar". Veámos, ahora otros dos de los problemas generales de la evaluación en la vejez que responderían a las preguntas de "con qué" y "cómo" evaluar. Nos referimos a la utilización de los instrumentos o dispositivos de medida en el proceso de evaluación en población anciana así como a las condiciones del proceso de evaluación.



## **2.3. Tecnología básica de evaluación en la vejez**

---

Como es bien sabido, la evaluación psicológica implica una metodología o estrategia básica de evaluación ("el proceso"), una tecnología general de evaluación ("técnicas de medida", tales como la entrevista, la observación o el autoinforme) y, por último, unos dispositivos concretos de medida ("la instrumentación") (Fernández-Ballesteros, 1980). Este capítulo estará dedicado a los dos primeros aspectos, mientras que la revisión de los instrumentos específicos de evaluación para su uso con población anciana será objeto de atención a lo largo del análisis de cada una de las áreas de evaluación que se contemplan.

Por lo que se refiere a la **tecnología básica de evaluación en la vejez**, en las siguientes páginas se expondrán algunos aspectos relevantes relativos a la utilización de dispositivos de medida, así como de la fiabilidad y validez de los métodos de evaluación en población anciana. Para ello, se comentará, en primer lugar, la aplicabilidad a población anciana de instrumentos contruidos para población general y los problemas que ello plantea. Posteriormente, se realizará una revisión de algunas técnicas de evaluación que, a nuestro juicio, requieren una consideración especial en su aplicación al grupo de personas de más edad: la observación, la entrevista, el autoinforme y el autorregistro.

### **2.3.1. Problemas en la aplicación a ancianos de instrumentos generales**

Baltes y Schaie (1974), Gallagher, Thompson y Levy (1980), Levy (1980), Schaie y Parham (1976) y Schaie y Schaie (1977), han realizado revisiones sobre la aplicabilidad a personas de edad de instrumentos contruidos para la población general. Existen diferentes posturas al respecto. Por un lado, se hallan quienes mantienen que los datos normativos de población general pueden ser aplicados a los sujetos mayores, incluso aunque de esta forma se clasificaran algunos ancianos equivocadamente con características neuróticas o con deterioro cerebral (Swenson, 1961). Sin embargo, otros

mantienen que la edad es un factor determinante, por lo que no sólo deben desarrollarse baremos específicos para la vejez, sino que cualquier técnica no desarrollada específicamente para este grupo de edad es automáticamente sospechosa de falta de validez (Oberleder, 1964).

Ambas posturas pueden considerarse extremas. Parece necesario realizar, previamente a este tipo de enjuiciamientos, ciertas consideraciones que establezcan una mayor claridad conceptual sobre el concepto de validez en la utilización de instrumentos no contruidos específicamente para este grupo de población. En este sentido, es necesario contemplar tres aspectos diferenciados: la **dimensión psicológica** concreta que evalúa el instrumento al que pertenecen los datos normativos, la influencia del efecto cohorte sobre la validez de los datos normativos y el objetivo con el que se utiliza el instrumento.

En primer lugar, como señalan Schaie y Schaie (1977) hay que tener en cuenta la **dimensión o característica psicológica** que está evaluando el instrumento que se pretende utilizar. Botwinick (1977) y Labouvie-Vief (1985) afirman que, en el caso de la evaluación cognitiva -fundamentalmente tests de inteligencia-, es aventurado afirmar que en este tipo de pruebas esté implicado el mismo constructo en población anciana que en personas de menos edad.

A este respecto, Schaie y Schaie (1977) mantienen que los baremos realizados para población general no pueden ser utilizados con ancianos e, incluso, que los instrumentos de ejecución cognitiva de mayor validez empírica requieren la elaboración de baremos apropiados para ser aplicados a población anciana. Ello es así porque, para diferenciar entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y el deterioro cerebral patológico, es necesario que los ancianos con deterioro orgánico sean evaluados tomando como referencia pautas del envejecimiento normal. Más aún, dada la influencia del estado de salud sobre el funcionamiento cognitivo (Birren, Butler, Geenhouse, Sokoloff y Yarrow, 1963; Wilkie y Eisdorfer, 1971) puede ser recomendable que al seleccionar la muestra de sujetos sobre la que se elaborarán los baremos, se

incluyan personas que padezcan las distintas enfermedades de mayor incidencia - hipertensión, diabetes- junto con personas saludables (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985).

Un aspecto menos obvio, aunque no de menor importancia, en relación con la validez de constructo, es la influencia del efecto cohorte. Como se sabe, este término designa un concepto de "generación", el cual hace referencia a un conjunto de individuos que mantiene unas características comunes a través del tiempo. La influencia de este concepto en los instrumentos con datos normativos es ciertamente importante, por cuanto los tests que han sido contruidos para una cohorte dada en la primera etapa de la edad adulta pueden permanecer válidos para esa cohorte a través de toda la etapa adulta, pero es posible que no sean válidos para otras cohortes (Schaie y Schaie, 1977).

La influencia del efecto cohorte se manifiesta en distintos aspectos. En primer lugar, los cambios fisiológicos que se han descrito anteriormente pueden estar respondiendo a las limitaciones del sistema general de cuidado de la salud imperante en una determinada cohorte con las consiguientes consecuencias e implicaciones que ello tiene sobre el resto del conjunto de variables consideradas relevantes en la evaluación de la vejez (p. ej., el impacto del estado de salud previo sobre la adaptación posterior a la jubilación). Más aún, el nacer y crecer en épocas diferentes hace que los propios estímulos o tareas que se utilizan en los instrumentos de evaluación puedan tener un significado igualmente diferente. No parece improbable que en relación con los instrumentos actualmente aplicables, los ancianos no posean las habilidades suficientes para cumplir los criterios establecidos de las pruebas de evaluación (Levy, 1980). Ello puede llevar, en consecuencia, a una clasificación errónea de los sujetos de más edad. Así, por ejemplo, Davies (1968) encontró que, aplicando los criterios de la prueba de trazado de la Bateria Psiconeurológica Halstead-Reitan sobre la ejecución de 520 personas de edades comprendidas entre los 20 y los 70 años, el 90% de los sujetos por encima de 60 años fueron clasificados con deterioro cerebral. Así, también, Meichenbaum (1974) explica los déficits en habilidades cognitivas mediacionales, presentadas por los sujetos ancianos de su estudio, por la influencia del efecto cohorte antes que por posibles déficits relacionados con el propio proceso de envejecimiento.

Evidentemente, las diferencias relacionadas con la cohorte no son igualmente importantes para los distintos aspectos del funcionamiento. Así, por ejemplo, las diferencias entre cohortes relacionadas con la educación son importantes para explicar algunas funciones (p.e: inteligencia), mientras que su importancia será probablemente menor en otros aspectos del funcionamiento (p. ej., agudeza visual).

Además, a la hora de determinar la aplicabilidad a los ancianos del uso de instrumentación no construida específicamente para ellos, es necesario tener en cuenta el objetivo para el que se utiliza el instrumento. La mayor parte de los datos normativos de los instrumentos de evaluación se han construido con adultos jóvenes para llegar a determinar un criterio óptimo de funcionamiento en un área dada. Si nuestro propósito al utilizar un instrumento de estas características es determinar si un anciano mantiene niveles de ejecución similares a los de una persona más joven en una variable determinada, la validez de constructo no se vería afectada. Sin embargo, no sería así si nuestro objetivo fuera evaluar el cambio en una función concreta en un individuo dado (Schaie y Schaie, 1977). En el caso de la validez predictiva la cuestión es similar, siendo necesario disponer de criterios o normas en función de la edad. Una buena predicción sobre si un sujeto está simplemente en una trayectoria de disminución o está desarrollando un trastorno asociado a la edad va a depender, en buena medida, de si tenemos una información fidedigna de cómo es el funcionamiento normal de otras personas de su mismo grupo de edad.

En este sentido, como ya ha sido expresado anteriormente, dado que la mayor parte de los baremos de los tests han sido contruidos a partir de estudios transversales, una posible solución a los problemas descritos sería realizar estudios secuenciales de cohortes sucesivas para evitar el riesgo de realizar diagnósticos o predicciones erróneas (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985). Dichos estudios longitudinales además de solventar este problema pueden contribuir a resolver otras cuestiones de gran transcendencia para la evaluación y más concretamente, para la predicción de otros trastornos (p. ej., demencia) a partir de determinados indicadores o conjunto de ellos (quejas de memoria, atención, etc.).

Por último, hasta que no sea posible disponer de baremos apropiados para las personas mayores, y dado que los ancianos no sólo no son un grupo homogéneo, sino también una población esencialmente diferente -motivacional, fisiológica y experiencialmente- respecto a personas de menor edad, debemos tener precaución al aplicar a ancianos instrumentos desarrollados y baremados para población de menor edad.

### **2.3.2. Técnicas básicas de recogida de datos**

Fernández-Ballesteros (1983) clasifica los procedimientos de recogida de información en técnicas de observación, entrevista, autoinformes, técnicas objetivas, subjetivas y proyectivas. En las siguientes páginas se analizan algunas de estas técnicas de medida. El criterio para la selección de unas o la exclusión de otras se basa, por un lado, en la importancia de la técnica en sí misma (observación y entrevista) y, por otro, en la existencia de ciertas peculiaridades en su utilización con respecto al grupo de ancianos, que hace especialmente interesante detenerse en algunas de ellas (entrevista, autoinforme y autorregistros).

#### **2.3.2.1. La entrevista en la evaluación de ancianos**

La entrevista es considerada como la técnica más antigua y de más amplio espectro por su utilización en distintas disciplinas, representando asimismo uno de los principales instrumentos de carácter general en la Psicología (Fernández-Ballesteros, 1980). La entrevista precede al uso de cualquier otra técnica y continúa utilizándose a lo largo de todo el proceso de evaluación (García Marcos, 1983). Las entrevistas se utilizan para obtener información de todo tipo e, incluso, para obtener muestras de conducta del individuo (por ejemplo, mediante la observación del comportamiento del individuo ante la aplicación de ítems o de su forma de interactuar con el entrevistador).

Algunos de los problemas generales que se han considerado particularmente relevantes en la vejez en referencia a la entrevista se describen a continuación. El primero de ellos está relacionado con el factor ya comentado de la mayor fatigabilidad de este grupo de población. Mientras que Gurland (1973) recomienda la brevedad de las sesiones de evaluación para evitar la fatiga, otros autores informan no haber tenido problemas al realizar entrevistas incluso de larga duración (Birren et al., 1963; Jarvik, Bennett y Blumner, 1973. Nuestra experiencia clínica a este respecto es que, si bien

existe una cierta variabilidad intersujetos, se observa con bastante frecuencia la aparición de señales de fatiga antes de lo que ocurre en otros grupos de población, por lo que es recomendable que las sesiones de evaluación sean más breves o, incluso, que éstas se ajusten a las necesidades de cada sujeto por lo que el evaluador deberá estar atento a los indicadores de fatiga del sujeto o, incluso, medir previamente esto a la hora de decidir las sesiones de evaluación. Otra cuestión a tener en cuenta en la entrevista hace referencia al "rapport" entre las personas mayores examinadas y el entrevistador, de tal modo que las primeras manifiestan cierta "complacencia" hacia el entrevistador (Clausen, 1968; Gergen y Back, 1966; Schaie y Schaie, 1977; Kuharek, 1987). Tal relación parece depender de factores asociados al efecto cohorte (p. ej., nivel educativo). Así, por ejemplo, se ha hallado que los ancianos con un mayor nivel de escolarización son más independientes en sus respuestas de la conducta del entrevistador (Gergen y Back, 1966).

Por último, existe el problema de la especial "vulnerabilidad" de las personas mayores ante determinadas cuestiones. Por ello, como ya se ha apuntado anteriormente, parece necesario intercalar aquellas preguntas que puedan resultar estresantes o hagan conscientes a los sujetos de sus problemas o incapacidades a lo largo de toda la entrevista (Gurland, 1973; Schaie y Schaie, 1977). Un problema distinto es el relacionado con las actitudes del entrevistador hacia la vejez (ver epígrafe 2.4.2 -sesgos desde el evaluador-), aunque en este punto los resultados no son concluyentes. Ya que si Philblad, Rosencraz y Mc Nevin (1967) encontraron que un grupo de entrevistadores entrenados pero con diferentes actitudes hacia la vejez mostraban acuerdo al valorar la conducta de los entrevistados, sin embargo, los trabajos de Kaplovitz y Rodin (citado en Rodin y Langer, 1980) y Fletcher (1972) parecen apuntar a que incluso entrevistadores bien entrenados pueden ser inefectivos y poco fiables en la recogida de información cuando mantienen actitudes negativas hacia la vejez.

La mayor parte de los trabajos publicados sobre investigación o práctica clínica con ancianos utilizan entrevistas multidimensionales, generalmente de formato estructurado, lo que hace que disminuya la principal fuente de falta de fiabilidad de la entrevista -las diferencias de información recogida por distintos entrevistadores-, asegurando que cada juicio se realice con el mismo grado de información. La entrevista estructurada de mayor utilización en los Estados Unidos ha sido la OARS (Olders Americans Resources and Services Questionnaire, Duke University, 1978). Según un formato estructurado, este instrumento evalúa estado mental, síntomas psiquiátricos, recursos económicos y sociales y el uso de servicios sociales. Otra entrevista de gran difusión es la CARE, (Comprehensive Assesment and Referral Evaluation, Gurland, Kuriansky, Sharpe, Simon, Stiller y Birkett, 1977-1978). Este instrumento multidimensional engloba cuestiones que permiten la evaluación médica, psiquiátrica, nutricional, económica y de problemas sociales y es la base para la obtención de índices de depresión, demencia, inmovilidad, dificultad físico-perceptual, aislamiento e ingresos. Fue construida en un estilo y modo que facilitan la participación de los sujetos a lo largo de la entrevista, durante un largo periodo de tiempo continuado. El tiempo de aplicación oscila entre 45 y 150 minutos siendo la media de 90 minutos. Este formato de entrevista también fue deliberadamente construido para organizar las cuestiones de tal modo que resultaran interesantes y comprensibles para los entrevistados, a la vez que se evitara un incremento innecesario de la ansiedad debido, por ejemplo, al fracaso sostenido en tareas cognitivas o a los contenidos que pueden considerarse más personales. Con este fin los elementos referentes a aspectos cognitivos y sintomatología psiquiátrica, fueron intercalados con otros acerca de cuestiones sociales o aspectos médicos, aparentemente menos comprometidos para los ancianos.

En definitiva, por lo que respecta al uso de la entrevista como técnica de recogida de información en el proceso de evaluación con personas mayores se pueden señalar algunos aspectos. En primer lugar, la entrevista es una forma de recogida de información primaria y adecuada para su uso con ancianos, si bien durante su aplicación debe tenerse en cuenta la mayor fatigabilidad y vulnerabilidad de este grupo de sujetos.



En segundo lugar, puede existir cierta tendencia a juzgar la información recogida en función de la edad del sujeto, incluso en entrevistadores bien entrenados que, sin embargo, mantienen actitudes negativas hacia la vejez. Por último, la mayor parte de los trabajos, ya sean clínicos o de investigación, se han desarrollado utilizando entrevistas de formato estructurado, entre las que cabe destacar la OARS (Olders Americans Resources and Services Questionnaire) y la CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation).

#### 2.3.2.2. Técnicas de observación en ancianos

La observación en situación natural ha sido considerada como una de las formas más valiosas de recogida de información en la evaluación de ancianos, ya que no se ve afectada por los problemas relacionados con la edad como puede ocurrir con otras técnicas (Schaie y Schaie, 1977), siendo posible obtener muestras de conducta representativas de las quejas y problemas de los sujetos (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985 y Zarit y Zarit, 1983). Sin embargo, la observación en ancianos presenta, los mismos problemas que en otros grupos de edad como son la reactividad, la intromisión en la intimidad y la gran cantidad de tiempo necesario para obtener muestras representativas de conducta, por lo que su uso ha sido limitado (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985).

Por otro lado, conviene señalar que la utilización de la observación, como procedimiento de evaluación con ancianos, se ha realizado principalmente a través de escalas de observación estructurada. La mayor parte de ellas están construidas específicamente para ambientes institucionales y son aplicadas por personal del centro -enfermeras y auxiliares de enfermería- tras tener un determinado periodo de contacto con el anciano. Las ventajas de este tipo de escalas son muchas, a saber: 1) la de proporcionar información que permite la "validación social" de las intervenciones psicológicas, esto es, si el tratamiento es efectivo (Fernández-Ballesteros, 1983 y Kazdín, 1977, 1979), es decir, son instrumentos útiles a la hora de ser utilizados como medida de la variable dependiente de tratamiento, 2) a diferencia de los autoinformes o de la entrevista, las escalas de observación no requieren la cooperación de la persona

evaluada con lo que se evita los sesgos que ello conlleva y 3) al ser cumplimentada por el personal de contacto directo con el anciano supone un gran ahorro de tiempo a los profesionales (Schaie y Schaie, 1977).

Algunas de estas escalas de observación estructurada de más amplia utilización con ancianos son la Escala de Observación para la Evaluación de Residentes (NOSIE 30, Honigfeld y Klett, 1965), la Escala Geriátrica de Stockton (SGRS; Meer y Barker, 1966); la Escala de Evaluación del Deterioro Físico y Mental (PAMIE; Gurel, Linn y Linn, 1972), la Escala de Evaluación Clínica de Sandoz (SCAG; Shader, Harmatz y Salzman, 1974), la Escala de Apreciación Geriátrica Londres (LPRS; Hersch, Kral y Palmer, 1978) y, por último, la Escala Conductual (BRS) incluida en el Procedimiento CLIFTON para la Evaluación de Ancianos (Pattie y Gilleard (1979), ésta última adaptada y baremada con población española (Guerrero, 1983).

Este tipo de instrumentos que normalmente se integran en procedimientos multidimensionales de evaluación suelen utilizar tanto escalas tipo-Likert como listados de elementos que indican la presencia o ausencia de distintas formas de psicopatología, conducta problemática o habilidades funcionales que posee el sujeto. Suelen presentar problemas de fiabilidad interjueces, falta de validez (en este caso concurrente), tendencia por parte de los jueces a puntuar en los extremos (Kane y Kane, 1981) así como la posibilidad de que el evaluador se vea contaminado por las opiniones externas generando un efecto "halo" (Fernández-Ballesteros, 1983). Además, es posible que las enfermeras/os y auxiliares deseen reflejar positivamente su propio cuidado o bien manifiesten su agrado/desagrado por el sujeto.

Parece también que la fiabilidad de las escalas aumenta en función de la definición y operativización que se haga de las conductas. Así, por ejemplo, la escala será más fiable si incluye términos como "grita habitualmente" que si se utiliza "tiene síntomas de paranoia" (Kane y Kane, 1981). Por último, una cuestión importante para este tipo de escalas es el referido al momento de observación de la conductas, ya que la mayor parte de las escalas no están basadas sobre un sistema aleatorio de representatividad temporal lo que cuestiona su fiabilidad (Kane y Kane, 1981).

En definitiva, la observación, al no verse afectada por determinados problemas relacionados con la edad, puede considerarse una de las mejores técnicas de recogida de información para ser utilizada con personas ancianas. Su utilización con este grupo de edad se ha basado fundamentalmente en "escalas de observación estructurada".

#### 2.3.2.3. El autoinforme en la evaluación en la vejez

Como ocurre con otros grupos de edad, el uso de los autoinformes con población anciana está muy extendido a pesar de los múltiples problemas que ello plantea (Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Kane y Kane, 1981; Klassen, Homstra y Anderson, 1975; Lawton, Whelihan y Belsky, 1980; Zarit, Eiler y Hassinger, 1985). Se ha sugerido que los autoinformes para ancianos deben ser modificados o diseñados especialmente con las siguientes características formales: ser breves en extensión, fácilmente comprensibles -adecuados tanto al nivel educativo como en cuanto al tamaño de la escritura-, incluir ítems relevantes relacionados con la edad y proporcionar datos normativos para población anciana (Mc Nair, 1979).

Las principales dificultades específicas que se han estudiado en relación a la utilización de los autoinformes en su utilización con personas mayores son la relevancia, la deseabilidad social, la inhibición de respuesta, la ansiedad y la comprensión.

En primer lugar, el mayor inconveniente que puede encontrarse al utilizar autoinformes contruidos para población general es que algunos de los ítems no posean relevancia para las personas de más edad. A este respecto, Lawton, Whelihan y Belsky (1980, pág. 539) afirman:

Muchos tests contruidos para población general o estudiantes contienen items cuyo contenido es inapropiado para que den cuenta de las vidas u objetivos futuros de los ancianos -por ejemplo, objetivos vocacionales, citas con personas del sexo opuesto, deportes de gran actividad y similares. Los ancianos pueden pensar que dicho contenido es irrelevante y rápidamente rechazar el test o batería por entero.

Un problema relacionado con lo anterior es el caso específico de los autoinformes correspondientes a la evaluación del estado afectivo. Escalas como Escala de Depresión (SDS) (Zung, 1967), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), la Escala de Depresión del MMPI (Hathaway y Mc Kinley, 1943) están validadas para muestras de personas no ancianas por lo que, como hemos señalado anteriormente, la interpretación de la información con ellas recogidas debe realizarse con cautela. Pero, además, como decíamos, existe un problema añadido. Zung (1967) informó que los ancianos tendían a obtener puntuaciones totales más altas, concluyendo que entre los ancianos existe una mayor tasa de depresión que en población más joven. Un análisis de los elementos reflejó que los items somáticos contribuían de forma especial a la puntuación total. Blumenthal (1975), Gallagher, Mc Garvey, Zelinski y Thompson (1978) concluyen que los elementos somáticos pueden tener un significado diferente para los ancianos respecto a los más jóvenes y que no están relacionados adecuadamente con el resto de los elementos, por lo que la SDS sería de dudosa utilidad con ancianos. En un estudio posterior, Dessonville, Gallagher, Thompson, Finnel y Lewinsohn (1982) compararon los efectos del estado de salud y del estado afectivo entre dos muestras de ancianos, una de ellas compuesta por sujetos clasificados con trastornos de "depresión mayor" y la otra muestra integrada por sujetos sin sintomatología de depresión. Los resultados indican que los síntomas de salud deteriorada y depresión son generalmente diferenciables, excepto en problemas de insomnio, pérdida de peso y ausencia de energía en los que existe solapamiento. Además, los autores afirman que la diferenciación entre quejas debidas a un deterioro de la salud y quejas de depresión se hace más evidente a medida que el trastorno depresivo es menos severo.

En definitiva, la no relevancia de determinados items de los autoinformes que son ampliamente utilizados con ancianos viene a plantear una importante cuestión teórica, esto es, si un item particular está relacionado al constructo que está siendo

medido (p. ej., depresión) en la misma forma tanto para adultos como para población anciana (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985). Lo que se cuestiona es la validez de constructo de los instrumentos o al menos la validez cruzada de los mismos.

Otro problema frecuente en los autoinformes es la **deseabilidad social**. Klassen, Homstra y Aderson (1975) encontraron un consistente incremento en las puntuaciones en deseabilidad social en los ancianos, lo que puede suponer una significativa fuente de error en las respuestas a los autoinformes (referidos a tests de personalidad y tests proyectivos). Este hallazgo se ha interpretado como un mecanismo adaptativo que las personas mayores usan para mantener su sensación de bienestar ante las deprivaciones que acompañan a la vejez (Lawton, Whelihan y Belsky, 1980). Además, ésto último explicaría lo que Carp (1975) denomina "fenómeno del limón dulce", esto es, la relativa ausencia de correlación entre indicadores objetivos de bienestar de calidad de vida y valoraciones subjetivas realizadas por ellos mismos.

Por último, tan sólo mencionar otros problemas de la aplicación de autoinformes a población anciana como son la inhibición de respuesta (Botwinick, 1973), la ansiedad (Crook, 1979) y la dificultad en comprender las instrucciones y completar los cuestionarios (Plutchik, 1979).

#### 2.3.2.4. El autorregistro en la evaluación en la vejez

Otra de las técnicas de evaluación que ha cobrado gran auge dentro de la evaluación conductual, el autorregistro, posibilita la investigación de los problemas o síntomas específicos mostrados por un individuo dado en la situación cuando este informa sobre ella. El autorregistro permite recoger "in vivo" determinadas dimensiones de la conducta o de los determinantes situacionales, los cuales son difícilmente analizables mediante otras formas de evaluación. Al mismo tiempo, el autorregistro contribuye a mejorar la generalizabilidad de los resultados, lo cual es especialmente interesante en la población anciana (Gallagher, Thompson y Levy, 1980). A pesar de todos estos resultados, las aplicaciones del autorregistro en la evaluación de ancianos

han estado muy limitadas en su uso, aunque se pueden encontrar algunos ejemplos de ello en el campo de la depresión (Gallagher y Thompson, 1981, 1982) y en problemas relacionados con el sueño (Bootzin, Engle-Friedman y Hazelwood, 1983).

Muchas son las limitaciones que pueden intervenir en la calidad de la información recogida por los ancianos que cumplimenten autorregistros, entre las que cabe destacar la deseabilidad social -registrar una menor ocurrencia o una tasa más baja de comportamientos no normales-, el deterioro cognitivo, el "recelo", no tener las habilidades para la observación y la cumplimentación del autorregistro (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985).

## **2.4. Condiciones en el proceso de evaluación en la vejez**

---

Como señala Fernández-Ballesteros (1980), la evaluación psicológica implica un proceso a través del cual el psicólogo realiza el estudio de un sujeto de una forma científica. En este sentido, la evaluación psicológica requiere tanto el estudio de las fases del proceso como el control o, al menos, la consideración de un conjunto de variables intervinientes en el proceso. Respecto al primer punto, no difiere su aplicación con personas mayores respecto a otras de menor edad, por lo que no nos detendremos en él. Sí nos vamos a extender, sin embargo, en el segundo aspecto, relativo a las condiciones intervinientes en el proceso de evaluación, por sus especiales implicaciones en relación con la población anciana.

Fernández-Ballesteros (1980, 1983) propone una clasificación de los tipos de sesgos que se pueden producir durante el proceso de evaluación y de cuyo control va a depender, qué duda cabe, la calidad de la evaluación efectuada. Las tres categorías propuestas son los sesgos desde el evaluador, desde el sujeto evaluado y desde la situación de evaluación, las cuales nos van a proporcionar el marco idóneo para comentar las peculiaridades de la evaluación psicológica en la vejez.

### **2.4.1. Condiciones desde el sujeto evaluado**

Una primera variable identificada como significativa en la evaluación de los ancianos es la mayor fatigabilidad de este grupo de población ante las tareas que conlleva la evaluación, lo que puede provocar una distorsión en la veracidad y fiabilidad de la información recogida (Fernández-Ballesteros y González, 1983; Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Levy, 1980; Schaie y Schaie, 1977 y Zarit, Eiler y Hassinger, 1985) . Por ejemplo, Furry y Baltes (1973) determinaron que el bajo rendimiento en pruebas de inteligencia obtenido por el grupo de ancianos participantes en un estudio realizado por ellos podía deberse más a la alta fatigabilidad de los sujetos que a una competencia intelectual reducida. En relación con la fatiga en la situación de evaluación, también debe mencionarse la mayor susceptibilidad de cansancio de los

músculos utilizados al escribir o para mantener una postura corporal, así como la dificultad en mantener la vigilancia perceptiva (p. ej., tiempos de reacción) (Lawton, Whelihan y Belsky, 1980). En este sentido, para incrementar la calidad de la información recogida se recomienda el espaciamiento de las tareas que conllevan las sesiones de evaluación, así como utilizar en la medida de lo posible instrumentos cuya administración requiera un breve espacio de tiempo. Un ejemplo de ello es la forma abreviada de la Escala de Inteligencia Weschler para Adultos (WAIS) conocida como Índice de Savage-Britton (1967). El cociente de inteligencia verbal se basa en los subtests de Vocabulario y Comprensión, mientras que el CI de ejecución se obtiene a partir de los subtests de Cubos y Rompecabezas. La semejanza de las puntuaciones según estos índices con las correspondientes a la escala completa del WAIS es alta, por lo que parece recomendado su uso en ancianos. Las fórmulas utilizadas son las siguientes:

$$\text{CI Verbal} = 3 (\text{Vocabulario} + \text{Comprensión}).$$

$$\text{CI Ejecución} = \frac{5 (\text{Cubos} + \text{Rompecabezas})}{2}$$

En segundo lugar, las condiciones sensoriales del sujeto evaluado constituyen una importante fuente de sesgo (Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Schaie y Schaie, 1977; Zarit, Eiler y Hassinger, 1985). Los hallazgos empíricos sobre la disminución del rendimiento en los tests de inteligencia, confusión en los tests proyectivos, aparición de respuestas aleatorias en los cuestionarios de lápiz y papel, al igual que distorsiones perceptivas en tareas viso-motoras, pueden estar en relación con déficits sensoriales periféricos o de la función motora y no constituirían un "problema de orden psicológico" (Schaie y Schaie, 1977).

En este sentido debe tenerse en cuenta que existen una serie de deficiencias visuales típicas en la vejez, tales como la debilitación del músculo que controla el



tamaño de la pupila -por lo que se requiere una mayor cantidad de luz ambiental-, la pérdida de transparencia del cristalino -la luz que pasa a través de él se refracta y puede haber problemas de deslumbramiento-, la alteración de la percepción del color -dificultad en discriminar entre los diferentes tonos pastel así como entre colores oscuros- y cambios en el humor vítreo (Fozard, Wolf, Bell, Mc Farland y y Podolsky, 1977; Kuharek, 1987). Por ello, para incrementar la validez y fiabilidad de la evaluación es necesario superar estos problemas utilizando las correspondientes medidas, algunas de las cuales se exponen a continuación.

En primer lugar, el evaluador debe asegurarse de que la agudeza visual del evaluado es suficiente como para manejar los materiales de examen sin interferencias y, si fuera necesario, mediante el uso de materiales de mayor tamaño (p. ej., cuestionarios impresos con letras grandes) (Schale y Schale, 1977). Vanderplas y Vanderplas (1980, 1981) llevaron a cabo dos estudios para determinar la legibilidad de materiales impresos por parte de ancianos. Los resultados pusieron de manifiesto que la ejecución en un test de habilidad verbal fue significativamente mejor cuando el tamaño de las letras era de 14 puntos (9 es el normal). Otros factores como el estilo de la letra y el grosor de las líneas, así como el espacio interlíneas, también mostraron su influencia en la legibilidad. En segundo lugar, cuando el sujeto confunde los colores, no debe interpretarse esto inmediatamente como indicador de "confusión mental", como puede ser habitual, sino que es recomendable explorar antes la discriminación visual de los colores. En esta misma línea, no deben utilizarse materiales con códigos de colores pasteles u oscuros en la medida de lo posible. Por último, las personas con problemas visuales muchas veces no pueden beneficiarse del "feedback" visual que proporciona el evaluador durante una sesión de evaluación. Una buena forma para compensarlo es el contacto físico frecuente, demostrándole así que se está produciendo una escucha activa y que se le presta atención.

Por lo que respecta a las pérdidas sensoriales auditivas, el envejecimiento suele conllevar una disminución de la agudeza auditiva, principalmente entre los varones -presumiblemente por causas ambientales al estar expuestos a ruidos más dañinos- (Kuharek, 1987). Eisdorfer (1960a) encontró que una pérdida auditiva se

asociaba a niveles de baja elaboración en el Rorschach. Sands y Meredith (1989) encontraron en un estudio longitudinal que el funcionamiento de la audición de los sujetos explica significativamente los cambios en los subtests de Información y Comprensión del WAIS ocho años después de la evaluación inicial. Otra forma de interferencia del déficit auditivo en la evaluación es la dificultad de mantener un diálogo fluido ya que, además de necesitar que se le hable con volumen de voz más alto, un anciano con déficit auditivo, tiende a utilizar, a su vez, un volumen de voz más alto (Kuharek, 1987). Ya que la comunicación verbal es difícil, deberá compensarse mediante un gran uso de la comunicación no verbal (Maddox, 1987). Por último, hay que tener en cuenta que los tonos de voz más difíciles de escuchar por este tipo de pérdida auditiva son los de frecuencias altas.

Otra serie de sesgos procedentes del sujeto evaluado están relacionados con la motivación del evaluado y con lo que se ha venido denominando como "recelo", término que denota una actitud reticente ante la evaluación y/o tratamiento. Eisdorfer (1977) encontró evidencia de que el sistema adrenérgico -controlado por vía simpática-, que estimula la secreción de catecolaminas como respuesta a los cambios que se producen en el ambiente, disminuye su producción a medida que se envejece. Este mismo autor afirma que puede existir un vínculo causal entre la disminución de secreción de las catecolaminas y un incremento en la sensibilidad a este neurotransmisor. De esta forma, el "recelo" observado frecuentemente en las personas mayores en situaciones de cambio ambiental o estrés -como puede ser una sesión de evaluación- podría explicarse en función del incremento en la sensibilidad al arousal del simpático y de una sobre-sensibilidad a reacciones de estrés interno (Levy, 1980).

Otros autores (Levy 1980; Oberleder, 1967; Okun y Di Vesta, 1976; Okun y Elias, 1977; Okun y Siegler y George, 1978) han afirmado que la pérdida de motivación ante el examen psicológico puede estar en relación con el miedo a fracasar en las pruebas de evaluación. También se ha sugerido que la falta de motivación en situaciones de examen puede indicar la necesidad de evitar una situación donde el nivel de activación es alto (por miedo al fracaso) y, a su vez, se niega la gratificación por una ejecución adecuada (Oberleder, 1967). A este respecto, Labouvie, Hoyer, Baltes y

Baltes (1974) sugieren que la motivación es baja porque el refuerzo para los ancianos es de naturaleza idiosincrásica y de difícil identificación. Así, en un estudio en el que se utilizaron tareas psicomotoras (Grant, Storandt y Botwinick, 1978), se encontró que, si bien los incentivos monetarios no mejoraron la ejecución, sin embargo, la práctica sí lo hizo.

Por último, otra variable que puede afectar al sujeto en situación de evaluación es la ansiedad. Los ancianos tienden a comportarse en las situaciones de examen con un alto nivel de ansiedad, más de lo que sería esperable en otros grupos de edad. De ello se infiere el miedo al uso que se hará de la información recogida (Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Zarit, Eiler y Hassinger, 1985). Además, es común que las personas mayores tengan escasa experiencia sobre evaluación psicológica, por lo que, en mayor medida que a otras edades son para ellos situaciones poco familiares, al igual que las tareas o estímulos que se emplean. En definitiva, todo ello puede llevar además a producir una baja tasa de respuesta que dificulta o, incluso, impide la interpretación de los resultados (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985).

Es posible que, además de provocar ansiedad, la situación de evaluación sea concurrente con algún otro sesgo procedente del sujeto evaluado, como son los déficits visuales o auditivos, originando así un incremento añadido del estado de ansiedad. Pfeiffer (1987) señala algunas recomendaciones que facilitan la evaluación con personas mayores para solventar los problemas relacionados con la ansiedad y establecer una buena relación examinador-examinado. Así, realizar una explicación de cada uno de los pasos que se van a realizar antes de ponerlos en práctica, no forzar a responder las preguntas en un determinado espacio de tiempo -ya que los ancianos se suelen tomar largo tiempo para responder sin que ello les provoque malestar- y distanciar las preguntas que supuestamente el anciano pueda encontrar comprometidas dentro de la sesión de examen, son algunas de las recomendaciones que pueden hacerse para mejorar el transcurso de la evaluación.

Por último, debe destacarse que, a pesar de los problemas que pueden aparecer en la evaluación de los ancianos, existe una fuerte heterogeneidad entre éstos y, por tanto, no debe esperarse que todos los problemas -siquiera alguno de ellos- estén presentes en el proceso de evaluación.

#### 2.4.2. Condiciones desde el evaluador

Existe una serie de factores que, desde el evaluador, influyen en la situación experimental de evaluación (Fernández-Ballesteros, 1980). Así, el **condicionamiento verbal** y su influencia sobre el comportamiento del sujeto en la situación de examen ha sido uno de los fenómenos más estudiados (Greenspoon, 1954; Rogers, 1960).

Otra variable que puede influir en el comportamiento del sujeto es la **presencia o ausencia del evaluador**, lo que debe ser sopesado al decidir sobre las técnicas de auto-aplicación (Fernández-Ballesteros, 1983). Es importante considerar que si la presencia del evaluador puede inhibir al sujeto en tareas de creatividad, así también puede facilitar la respuesta fluida en pruebas intelectuales o en autoinformes (Gillaumin, 1970). Además, el **entrenamiento del psicólogo** es una variable modificadora importante en el proceso de evaluación (Fernández-Ballesteros, 1980; 1983), pues un entrenamiento adecuado incrementa la fiabilidad de los datos recogidos. Existen, para finalizar, **características psicológicas y físicas del evaluador** que pueden influir en la exploración. Con respecto a las primeras, la más importante es la actitud de vigilancia, que puede tener una incidencia negativa ya que parece coartar el comportamiento de los sujetos. Por lo que se refiere a las características físicas del evaluador, el sexo y la apariencia externa parecen ser las variables físicas que más pueden influir en el sujeto evaluado.

Todas estas características provenientes del evaluador son comunes en cualquier edad. Sin embargo, otra de las fuentes de sesgo mencionada por Fernández-Ballesteros, las expectativas del evaluador, sí adquiere una especial importancia en el proceso de evaluación de los ancianos. Nos estamos refiriendo al concepto de "edadismo" ("ageism") (Butler, 1969). Mediante este término se hace mención a un proceso sistemático de atribución en el que una conducta manifestada por un anciano se valora sólo o principalmente en función de su edad. Este etiquetado respondería a los estereotipos, mitos y actitudes que se asocian normalmente a la vejez como son la "senilidad", la rigidez en el pensamiento y las formas, así como un estilo anticuado en su moral y en sus habilidades (Butler, 1987) Evidentemente, el evaluador puede estar sujeto también a este tipo de sesgo.

Langer y Mulvey (cfr. Rodin y Langer, 1980) llevaron a cabo un estudio para determinar las conductas que normalmente se asocian más a la vejez. Para ello dividieron a los sujetos de la muestra en tres grupos en función de la edad (jóvenes, adultos y ancianos) pidiéndoles que dieran una serie de opiniones sobre su grupo y los otros grupos de edad. Los resultados indicaron que los ancianos opinaban más favorablemente sobre sí mismos que los sujetos más jóvenes. Otras conclusiones del mismo estudio venían a demostrar que los tres grupos de edad tenían un estereotipo negativo hacia la vejez que incluía la característica "senilidad" -deterioro físico, pérdida de memoria, incompetencia mental, confusión y sentimientos de desamparo-.

En otro estudio de parecidas características realizado por estos mismos autores, se encontró una mayor tendencia en sujetos de diferentes edades a calificar como "senil" una misma conducta cuando ésta es manifestada por un anciano que cuando pertenece a una persona joven, además de considerarse más negativa en el caso de ser emitida por el anciano.

En otra serie de estudios con profesionales de la salud se encuentran resultados similares. Butler y Lewis (1982) en un estudio sobre las actitudes de los profesionales de la salud mental hacia la vejez, concluyen que los profesionales creen que los ancianos no responden favorablemente a las intervenciones psicológicas, y que

por ello, es preferible otro tipo de intervención. En otro trabajo, Butler (1980) encontró que los profesionales tienen la creencia de que el envejecimiento supone inevitablemente un deterioro, llegándose a realizar diagnósticos erróneos de trastornos en realidad tratables, basados en la suposición de la existencia de un trastorno orgánico sobre el que no se puede actuar (ello ocurre frecuentemente entre depresión y demencia como veremos más adelante). Además se considera inútil invertir esfuerzos en una persona con expectativas de vida limitada.

Por último, un estudio de Caplovitz y Rodin (cfr. Rodin y Langer, 1980) es un buen ejemplo de cómo pueden influir las expectativas del evaluador en función de la edad del sujeto. En este estudio, los autores proporcionaron determinada información de tipo patológico de siete sujetos a psicoterapeutas, a los que pidieron un diagnóstico sobre el sujeto según el DSM-II y su opinión sobre el lugar dónde se debía realizar el tratamiento (hospital, centro en la comunidad o tratamiento ambulatorio). Todos los psicoterapeutas tenían las mismas descripciones, si bien para la mitad de ellos, seis de los siete casos correspondían a personas jóvenes. A la otra mitad de los psicoterapeutas, se les informó que seis de los siete casos correspondían a personas entre los 60 y 70 años de edad. El paciente restante funcionaba como sujeto control y fue descrito como de edad intermedia. Los resultados indicaron una tendencia a diagnosticar la misma conducta como orgánica cuando el individuo era anciano, a diferencia de cuando era joven. Además si la patología era menos severa -normalmente depresión-, los diagnósticos eran similares, pero no así el tipo de tratamiento. Para los ancianos se prescribían con mayor frecuencia farmacoterapia e institucionalización.

En otro estudio, Perlick y Atkins (1984) presentaron una entrevista grabada en cinta magnetofónica a dos muestras de clínicos expertos. En la entrevista, el paciente manifestaba tener un bajo estado de ánimo junto a un deterioro cognitivo leve. Las entrevistas eran iguales para los dos grupos de clínicos, excepto en que en una de ellas el paciente decía tener 50 años, mientras que en la otra su edad era de 70 años. Los resultados indicaron que los clínicos tendían a diagnosticar a la persona de menor edad como deprimida, mientras que la persona de 70 años era recurrentemente catalogada como "senil".

En definitiva, de todo lo anterior puede concluirse que es evidente que los profesionales que se relacionan con ancianos, utilizan la edad como un indicio para interpretar la conducta, variando así el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento de los ancianos (Izal, 1985).

#### **2.4.3. Condiciones desde la situación de evaluación**

Por último, una fuente de sesgos proceden de la propia situación de evaluación, lo que implica tanto el ambiente físico como los materiales que se utilizan (Fernández-Ballesteros, 1980).

Algunos de los sesgos relativos a esta categoría ya han sido mencionados tangencialmente a lo largo de las páginas anteriores, por lo que a continuación tan sólo se van a exponer brevemente. En primer lugar, las condiciones adecuadas de iluminación e insonorización requeridas en toda exploración psicológica son especialmente importantes al trabajar con ancianos debido a los problemas ya comentados de disminución de la agudeza visual y auditiva (Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Kuharek, 1987; Schaie y Schaie, 1977 y Zarit, Eiler, Hassinger, 1985) que pueden entorpecer la ejecución de determinadas pruebas. Además la disminución de transparencia del cristalino hace que con mayor frecuencia se produzcan deslumbramientos por lo que es conveniente evitar la luz directa excesiva o las superficies reflectantes (p. ej., grandes espejos) (Kuharek, 1987).

Otros sesgos procedentes de la situación experimental de evaluación, están en relación con la poca familiaridad que suelen tener los ancianos con las pruebas y estímulos que se utilizan. En conexión con esto, podemos, por último, mencionar la importancia de las "tareas relevantes" en las pruebas de evaluación, cuya utilización incrementaría la validez ecológica de las técnicas de medida. Así, por ejemplo, se ha planteado que para predecir la capacidad de funcionamiento "intelectual" del sujeto en

su vida diaria puede ser más relevante la cumplimentación de un cuestionario que incluya preguntas tales como "Si usted tuviera una determinada cantidad de dinero, ¿qué podría comprar en el supermercado?" que la administración de la escala de inteligencia WAIS (Maloney y Ward, 1976).

En definitiva, con respecto a las condiciones que intervienen en el proceso de evaluación en la vejez, se pueden señalar algunas breves conclusiones. En primer lugar, determinadas características del grupo de personas de más edad (p. ej., fatigabilidad, deterioro sensorial, ausencia de motivación, ansiedad) pueden influir en la recogida de información durante el proceso de evaluación. En segundo lugar, las características provenientes desde el evaluador, con especial referencia a las expectativas y la utilización de la edad como un criterio de interpretación del comportamiento, pueden ser un importante sesgo del proceso de evaluación. Por último, las variables asociadas a la situación de exploración, tanto características del ambiente físico como del material utilizado (p. ej., condiciones de iluminación o familiaridad con el material de evaluación) son sustanciales y deben ser convenientemente controladas.



### **3. EVALUACION DE ASPECTOS PSICOLOGICOS RELEVANTES EN LA VEJEZ**

### 3.1 Introducción

En este capítulo revisaremos la evaluación de las principales áreas del funcionamiento psicológico de los ancianos. Evidentemente, existen otros aspectos del funcionamiento que podrían ser contemplados; sin embargo, no se han incluido tanto por su menor relevancia para el grupo de población anciana como porque ello rebasaría los objetivos planteados en este trabajo. Desde la Psicología, el análisis psicológico de las personas de más edad ha sido analizado desde múltiples perspectivas. Así, podemos decir que no existe función o constructo psicológico que no haya sido considerado a la hora de ser examinado en personas mayores. Sería, por tanto, una labor inabordable si quisiéramos dar cuenta de todas las variables potencialmente relevantes en la vejez. Nuestro planteamiento aquí ha sido mucho más modesto: hemos elegido aquellos aspectos del funcionamiento bio-psico-social que cumplen los dos requisitos siguientes: 1) haber sido inequívocamente considerados de importancia en la evaluación psicológica de la vejez y 2) permitir una recogida de información psicológica, es decir, ser potencialmente evaluables por el psicólogo.

Tras la revisión de los principales artículos sobre evaluación psicológica en la vejez (Arenberg, 1978; Crook, 1979; Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Lawton y Storandt, 1984; Schaie, 1978; Schaie y Schaie, 1977; Zarit, Eiler y Hassinger, 1985) puede concluirse que los autores coinciden en señalar un conjunto de áreas de evaluación de mayor relevancia. Así, en primer lugar, tenemos el funcionamiento cognitivo -especialmente la evaluación de la Memoria-; en segundo lugar, encontramos el funcionamiento afectivo, centrándose la evaluación en el principal problema de este área como es la Depresión; en tercer lugar, se contempla el funcionamiento social, con dos áreas principales, la evaluación del Bienestar psicológico y la evaluación de las Redes de apoyo social y, por último, se halla la Salud física y las Actividades de la Vida Diaria.

Por lo que respecta al funcionamiento cognitivo, las imperfecciones de la *memoria*, a pesar de ser evidentes en todas las edades, parece que en la vejez se

incrementan. Conocer el funcionamiento de la memoria a lo largo del ciclo vital y, especialmente, en la vejez ha sido el principal tema de estudio en la psicogerontología (Poon, 1985; Craik, 1977). Por otro lado, a pesar de la existencia de una cierta flexibilidad en la ejecución en tareas de memoria desempeñadas por los ancianos que da pleno sentido a la evaluación e intervención con este grupo de edad, es escasa la investigación realizada sobre procedimientos de intervención y, aún menos, sobre procedimientos válidos y útiles de evaluación de la memoria y componentes asociados. Es, pues, nuestra intención contribuir en la medida de nuestras posibilidades a superar este déficit de trabajos sobre la evaluación de la memoria.

De entre las posibles alteraciones afectivas del comportamiento en la vejez ninguna ha sido tan tratada como la *depresión* (Blazer y Williams, 1980). Ello es así, en parte, por las altas estimaciones que se han hecho sobre la prevalencia de este problema en este grupo de edad; sin embargo, debemos señalar que tan sólo recientemente se ha considerado que este problema es de una menor ocurrencia en la vejez que en el final de la etapa adulta. No obstante, a pesar de esta desmitificación de la depresión entre los ancianos, sí es necesario señalar que la manifestación de un nivel de severidad medio de depresión aparece con cierta frecuencia. Por otra parte, la asociación de la manifestación de problemas de depresión con otras variables (p.e.: pérdidas de allegados) se hace evidente, por lo que realizar la evaluación desde el prisma de un modelo bio-psico-social queda plenamente justificado (Gallagher y Thompson, 1983). Un mejor conocimiento de los diferentes factores implicados en la depresión (p.e. actividades, habilidades de afrontamiento, ingesta de fármacos, etc.) ayudará, pues, a explicar mejor este fenómeno en los ancianos, al mismo tiempo que facilitará su evaluación.

Contrariamente a lo que ocurre con otras edades, durante la vejez la *salud* es el primer aspecto que parece considerarse relevante y, por tanto, que debe ser contemplado a la hora de evaluar una persona mayor y, especialmente, en edades muy avanzadas. La salud, por supuesto, requiere la evaluación del médico auxiliado por otros profesionales. Sin embargo, todas las personas no viven su salud de la misma forma,

sino que, por el contrario, existen variables de otro orden –psicológicas y sociales– que determinan como el anciano percibe y se adapta a su salud y, por ello, se justifica la inclusión de medidas subjetivas en la evaluación del estado de salud. Además, es necesario distinguir entre las enfermedades o el deterioro en sí mismo y el impacto que éstos pueden tener sobre la capacidad de funcionamiento del anciano en un contexto determinado, lo que ha llevado a completar los exámenes físicos de salud con una evaluación del funcionamiento en la vida diaria, o de *actividades de la vida diaria* o *habilidades funcionales*.

Por último, dentro del funcionamiento social se ha considerado que el *bienestar psicológico* es un área importante en el proceso de adaptación de las personas mayores (George y Bearon, 1980; Larson, 1978). Las investigaciones sobre este constructo han venido marcadas fundamentalmente por dos líneas diferentes: en primer lugar, el estudio de las dimensiones que componen el bienestar psicológico, en el que han tenido cabida conceptos tan sugerentes como, por ejemplo, la felicidad, la satisfacción y el estado de ánimo, y, en segundo lugar, el estudio de los determinantes del bienestar subjetivo (p.e.: salud). La evaluación de éste area del funcionamiento es especialmente problemática por cuanto la teoría y conceptualización carecen de la solidez necesaria (Liang, 1984). Así también, como parte del funcionamiento social, se consideran las *redes sociales*.

Para la revisión de cada uno de estos aspectos evaluativos, aunque con pequeñas variaciones, se ha seguido un esquema similar, en el que se incluyen la justificación e importancia del mismo en la vejez, los cambios que se producen en ese área como consecuencia del paso de los años –en el caso de que existan–, los concomitantes con otras áreas del funcionamiento personal, los problemas y requisitos de evaluación, así como los principales instrumentos de evaluación. Por lo que respecta a estos últimos, se han incluido los instrumentos de evaluación específicos para ancianos o bien aquellos frecuentemente utilizados con este grupo de población.

## **3.2. EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN LA VEJEZ: LA MEMORIA**

---

### **3.2.1. Introducción**

Muchos de los psicólogos que se dedican al estudio de la vejez han realizado un gran esfuerzo a la comprensión de los procesos cognitivos en esta etapa de la vida y al análisis de cómo estos procesos difieren de los empleados por personas más jóvenes. Este interés, por otra parte, no es ajeno al despertado por la psicología cognitiva durante las últimas décadas entre los profesionales de la Psicología. Como reflejo de esta tendencia, baste señalar que en la última década han proliferado una gran cantidad de libros que adoptan un enfoque cognitivo en el estudio de la vejez. Entre estos, podemos destacar por su especial relevancia *Aging and Processes Cognitives* (Craik y Trehub, 1982); *Experimental Psychology on Aging* (Kausler, 1982); *Language and Memory in Old Age* (Light y Burke, 1988); *Aging in the 1980s* (Poon, 1980); *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the Talland Memorial Conference* (Poon, Fozard, Cermack, Arenberg y Thompson, 1980); *Adult Cognition: An experimental Psychology of Human Aging* (Salthouse, 1982) y, por último, si no puramente cognitivo su enfoque sí lo es predominantemente, *Handbook of Psychology of Aging* (Birren y Schaie, 1985).

Los psicólogos cognitivos no parecen discutir sobre lo que representa esta forma de estudio de la conducta humana, esto es, comprender cuáles son las variables intervinientes que median entre el estímulo o la experiencia proveniente del ambiente y las respuestas o conductas que pueden ser directamente observadas. Si bien el objetivo general parece claro, la forma en que éste puede conseguirse no lo es tanto. En este sentido, se pueden encontrar tres paradigmas distintos -aunque no contrapuestos- sobre como estos procesos puede ser inferidos mediante el análisis de la conducta humana: **procesamiento de la información, perspectiva contextual y enfoque psicométrico** (Kausler, 1987).

De los tres paradigmas mencionados, el que más atención ha recibido es el **Modelo del Procesamiento de la Información** (Poon, 1985). Este enfoque ha sido adoptado por muchos psicólogos para organizar la compleja matriz de operaciones mentales que presumiblemente integran la cognición humana. Percibimos, recordamos, razonamos, tomamos decisiones, solucionamos problemas y formamos complejas estructuras de conocimiento del mundo. Entre éstos procesos, la memoria ha resultado ser no sólo el principal objetivo de estudio de la psicología cognitiva en la vejez sino de toda la investigación en la vejez. Así, por ejemplo, el 72% de los artículos publicados entre 1964-1974 y el 58% de los publicados en 1979-1980 en la sección de psicología de las revistas relacionadas con la gerontología se centra en la memoria.

En general, el objetivo de este capítulo es el estudio de la evaluación de la memoria en la vejez desde una perspectiva aplicada. No obstante, es una tarea difícil, dada la escasez de trabajos realizados sobre este particular así como los problemas conceptuales, metodológicos y tecnológicos existentes que serán revisados posteriormente. Además, una adecuada evaluación de la memoria requiere conocer previamente cuáles son las diferencias que se producen en el funcionamiento de la memoria de las personas mayores, por lo que nos ha parecido necesario tratar este punto de una forma extensa al principio de este capítulo. Esto último será revisado

desde el enfoque del procesamiento de la información, dado que ha sido el más importante de los distintos enfoques en establecer las diferencias debidas a la edad en los procesos de memoria.

El siguiente punto que se tratará, en clara conexión con el punto anterior, se referirá a las causas de las diferencias en la memoria debidas a la edad. Para ello, se revisarán las hipótesis provenientes desde la **biología-medicina**, así como las hipótesis de orden psicológico provenientes desde los modelos de procesamiento de la información y de la perspectiva contextual.

La mayor parte del capítulo estará, obviamente, dedicada al estudio propiamente de la evaluación en la memoria. Aunque, básicamente la perspectiva de análisis será la **psicométrica**, no obstante, se recogerán las aportaciones que se han realizado desde otros enfoques como son el modelo del procesamiento de la información o la perspectiva contextual. De forma específica, los contenidos que serán estudiados son los objetivos de la evaluación, los componentes de evaluación, los criterios psicométricos, criterios para la elección de instrumentos, revisión de instrumentos y, por último, una propuesta de evaluación comprehensiva.

Por último, algunos artículos que contienen revisiones generales sobre los aspectos anteriormente descritos pueden encontrarse en Craik (1977), Hartley, Harker y Walsh (1980), Kausler (1982), Labouvie-Vief y Schell (1982) y Poon (1985). Existen, además, otra serie de artículos que ofrecen revisiones sobre algunos aspectos concretos de la memoria tales como los de Albert y Kaplan (1980), Burke y Light (1981), Cavanaugh y Perlmutter (1982), Craik y Simon (1980), Erber (1981), Erber (1982), Erickson, Poon y Walsh-Sweeney (1980), Fozard (1980), Hines y Fozard (1980), Poon, Walsh-Sweeney y Fozard (1980), Schonfield y Stone (1979), Smith y Fullerton (1981), Walsh y Prasse (1980). En la Tabla 1 se pueden encontrar los distintos aspectos que tratan las revisiones citadas.

Autores	Memoria sensorial	Memoria primaria	Memoria secundar.	Codificación	Almacenam.	Recuperac.	Memoria remote	Velocidad	Proces. contextual semántico	Especial	Organiz. mnemónica	Factores no cognitivos	Recursos atención	Metamemoria	Episódica/ semántica	Batería tests
Albert y Kaplan, 1980													X			
Burke y Light, 1981				X		X			X							
Cavanagh et al, 1982														X		
Craik, 1977	X	X	X	X	X	X							X			
Craik y Simon, 1982				X		X							X			
Eber, 1981						X										
Eber, 1982	X	X	X	X	X	X	X					X				
Erickson et al, 1980																X
Fozard, 1980	X	X	X				X	X								
Hartley et al, 1980		X	X	X		X		X	X		X					
Hines y Fozard, 1980				X												
Kausler, 1982	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		
Labouvie-Vief et al 1982	X	X	X	X	X	X			X			X				
Poon et al, 1980			X	X							X					
Salthouse, 1982	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		
Schorfield et al, 1978		X	X		X		X		X		X		X			
Smith, 1980				X	X	X					X					
Smith y Fullerton, 1984	X	X	X	X	X	X	X		X		X					
Walsh y Pruseac, 1980	X												X			



Autores	Memoria sensorial	Memoria primaria	Memoria secundar.	Codificación	Almacenam.	Recuperac.	Memoria remota	Velocidad	Proces. contextual semántico	Espacial	Organiz. mnemónica	Factores no cognitivos	Recursos atención	Metamemoria	Episódica/semántica	Batería tests
Albert y Kaplan, 1980													X			
Burke y Light, 1981				X		X			X							
Cavanagh et al, 1982														X		
Creik, 1977	X	X	X	X	X	X							X			
Creik y Simon, 1982				X		X							X			
Ehler, 1981						X										
Ehler, 1982	X	X	X	X	X	X	X					X		X		
Ericksen et al, 1980																X
Fozard, 1980	X	X	X				X	X								
Hartley et al, 1980		X	X	X		X		X	X	X	X					
Hines y Fozard, 1980				X					X	X	X					
Kausler, 1982	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		
Lebouvier-Viaf et al, 1982	X	X	X	X	X	X			X			X				
Poon et al, 1980			X	X							X					
Salthouse, 1982	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		
Schoenfeld et al, 1978		X	X		X		X		X		X					
Smith, 1980				X	X	X					X					
Smith y Fullerton, 1981	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X					
Walsh y Prusea, 1980	X												X			

### **3.2.2. Naturaleza de las diferencias debidas a la edad desde el modelo del procesamiento de la información.**

Habitualmente se tiende a pensar que las personas mayores tienen más problemas de memoria que otros grupos de edad. En este sentido, en una investigación sobre las situaciones que resultan más conflictivas en la vejez (Fernández-Ballesteros y col., 1988) se encontró que los problemas de memoria constituían el tipo de situación conflictiva que se producía con mayor frecuencia. Por otra parte, como ya se ha mencionado, una adecuada evaluación de la memoria requerirá determinar las diferencias que se producen en el funcionamiento de la memoria de las personas mayores por el paso de los años. Por ello, este epígrafe estará dedicado exclusivamente a determinar las diferencias en memoria debidas a la edad, lo que permitirá contrastar y determinar el alcance de la realidad sobre el funcionamiento de la memoria en la vejez, así como establecer criterios que posibiliten una evaluación más adecuada del estado mnésico de los ancianos.

En las dos últimas décadas la mayor parte de los trabajos de investigación han utilizado el modelo del procesamiento de la información con objeto de determinar las diferencias en memoria debidas a la edad (Labouvie-Vief y Schell, 1982). Este modelo, frecuentemente utilizado en situación de laboratorio, se ha basado en dos supuestos principales (Atkinson y Shiffrin, 1968; Estes, 1978; Murdock, 1974). Por un lado, el sujeto es parte activa en los procesos de aprendizaje y de toma de decisiones, al mismo tiempo que la efectividad de los procesos cognitivos de la persona que aprende es susceptible de medición. Por otro lado, existen hipotéticos almacenes de memoria entre los que se produce una transferencia de información. Así, es posible que controlando y manipulando el estímulo (modalidad sensorial, complejidad, presencia y tipo de instrucciones) el investigador sea capaz de inferir la integridad del proceso que ha seguido el sujeto a partir de la forma y calidad de la respuesta producida (rapidez, exactitud, estrategia y errores) (Kaszniak, Poon y Riege, 1986). En definitiva, este

modelo dominante postula que la información fluye desde el estímulo hasta la respuesta a través de una serie de etapas. Al principio, el registro de la información es sensorial, lo que constituye una etapa pre-atencional y altamente inestable. Posteriormente, la memoria primaria (conceptualizada como un almacén de capacidad limitada en el cual la información permanece en el foco consciente de la atención) y la memoria secundaria (depósito de la información recientemente adquirida) (Waugh y Norman, 1965) son las responsables de la adquisición y retención de la nueva información. Finalmente, la memoria terciaria es el almacén de la información bien aprendida. Una dificultad en cualquiera de estas etapas crearía un "cuello de botella" que entorpecería la ejecución (Atkinson y Shiffrin, 1968; Neisser, 1967). Veámos más detenidamente este proceso aplicado a las personas mayores.

#### **3.2.2.1 Memoria sensorial.**

La percepción de la información que llega a nuestros sentidos es inicialmente registrada en la memoria sensorial (MS). Si la información procede de los órganos de la visión es denominada memoria icónica y si proviene del aparato auditivo memoria ecoica (Crowder, 1980). Aquí, nuestro objetivo principal es el de observar si existe en la vejez un enlentecimiento significativo en el registro inicial de la información que pudiera entorpecer los estadios posteriores de la memoria.

La escasez de investigaciones que tratan acerca de la memoria ecoica nos lleva a referirnos exclusivamente a la memoria icónica. En primer lugar, es importante reseñar la posible influencia de deficiencias visuales sobre la ejecución en memoria. A pesar de los cambios del sistema visual que se producen con el paso de los años, tales como la disminución del poder de acomodación, reducción de la retina y del campo visual, necesidad de mayor iluminación, etc. (Fozard y col., 197), debe destacarse que

tan sólo existen pequeñas diferencias entre jóvenes y ancianos en la capacidad de identificar estímulos presentados durante un breve espacio de tiempo (Poon, 1985).

Así Walsh (1976), Walsh y Thompson (1978) y Walsh, Till y Williams (1978) realizan una serie de experimentos mediante la técnica de "enmascaramiento hacia atrás" en la que el sujeto debe recordar un estímulo (letra o número) mostrado durante 10 a 150 milisegundos al que sigue otro estímulo de enmascaramiento. Mediante este paradigma experimental comprueban que el tiempo necesario que debe estar expuesto el estímulo inicial para identificarlo no cambia o cambia muy poco con la edad. Cuando se presentan múltiples elementos seguidos por una tarea de enmascaramiento, los resultados son similares obteniéndose un factor de enlentecimiento de 1.3 (Cerella, Poon y Fozard, 1982).

Una de las técnicas experimentales más empleadas en el estudio de la memoria sensorial para determinar su capacidad y duración ha sido el informe parcial (Sperling, 1960). Aunque algunos autores han encontrado diferencias supuestamente debidas a la edad usando este paradigma (Walsh y Prasse, 1980) hay, sin embargo, ciertas cuestiones metodológicas que pueden estar empañando estos resultados. En primer lugar, parece demostrado que los ancianos presentan una disminución en el campo parafóveo, lo que hace que necesiten más tiempo para identificar los estímulos de cada fila en la presentación visual (Cerella y Poon, 1981). Un incremento en el tamaño de los estímulos para compensar este déficit de pérdida de discriminación parece que minimiza las diferencias encontradas (Poon, 1985). En segundo lugar, esta técnica se ve influida por otros procesos cognitivos tales como la atención selectiva, el reconocimiento y la integración estimular, potencialmente deteriorados en la vejez, que pueden llevar a una peor ejecución de la memoria sensorial en los ancianos (Grossberg, 1980; Walsh y Prasse, 1980).

Un último aspecto en relación con la memoria icónica se centra en si las personas de más edad tienen una menor o mayor persistencia de la imagen icónica en comparación con los adultos. Kline y Orme-Rogers (1978) realizaron un experimento en el que se presentaba a los sujetos una parte del estímulo seguida de un intervalo de diferente duración, tras el cual se les presentaba el resto del estímulo. Cuando se pidió que identificaran el estímulo completo, las personas de más edad identificaron más palabras al incrementar el intervalo entre las diferentes partes del estímulo.

En resumen, a pesar del deterioro del sistema visual de los ancianos, la investigación tan sólo demuestra pequeñas diferencias en la capacidad de identificar estímulos presentados por un breve espacio de tiempo. Poon (1986), tras cuestionarse si una pequeña deficiencia en la memoria visual puede contribuir significativamente a las dificultades en el aprendizaje y el recuerdo, concluye que no parece probable, puesto que el siguiente estadio, la memoria primaria, se ve prácticamente inalterada.

### **3.2.2.2. Memoria primaria**

La memoria primaria se conceptualiza como un almacén transitorio de capacidad limitada en el que la información está retenida y es centro de la atención consciente. Aún siendo un almacén limitado en el tiempo y en la cantidad es crítico, su papel en el control y asimilación de la información (Craik, 1977; Waugh y Norman, 1965).

Los hallazgos de todos los paradigmas de la memoria primaria en relación con la edad son claros. La memoria primaria está relativamente libre de influencia por el paso de los años excepto en una ligera disminución en la velocidad de recuperación de la información (Poon, 1985).

La técnica de recuerdo libre -empleo de listas de elementos- se considera como una medida relativamente pura del funcionamiento de la memoria primaria (Watkins, 1974). Un hecho bien conocido en el recuerdo libre es el "efecto de recencia", por el cual se recuerdan mejor los últimos elementos de la lista. Craik (1968) y Raymond (1971) observan que el "efecto de recencia" se da en los ancianos en el mismo grado que en los más jóvenes, por lo que concluyen que la memoria primaria no se ve alterada con el paso de los años. Dos aspectos relacionados con la memoria primaria, la capacidad de la memoria y los efectos de la modalidad (Craik, 1977), van a ser tratados a continuación.

#### Estudios sobre la amplitud de memoria.

La capacidad de la memoria primaria oscila entre 2.6 y 3.4 elementos (Watkins, 1974). La mayor parte de las tareas que se utilizan para evaluar memoria inmediata implican el uso de un número de elementos superior a éste, por lo que el recuerdo de un número de elementos superior a ese valor de 2.6-3.4 implicará elementos extraídos de un almacén distinto de la memoria primaria, la memoria secundaria.

En este sentido, puede afirmarse que, aunque el recuerdo de la memoria inmediata se realice principalmente a partir de la memoria primaria, es, también, parcialmente extraído de la memoria secundaria (deficitaria en ancianos). Por tanto, si admitimos que la memoria primaria no se ve afectada por el paso de los años, al utilizar tareas de memoria inmediata con población anciana, ésta debería recordar un número de elementos sólo ligeramente inferior al de otros grupos de edad, con una diferencia mucho menor que si la recuperación procediera principal o exclusivamente de la memoria secundaria.

Bajo este paradigma, en la tarea de recuerdo de dígitos, los autores no encuentran diferencias significativas asociadas a la edad (Bromley, 1958; Craik, 1968a, Drachman y Leavitt, 1972; Kriauciunas, 1968) o sólo débiles disminuciones de la capacidad de memoria (Botwinick y Storandt, 1974; Friedman, 1974; Gilbert y Levee, 1971; Taub, 1973). Por otra parte, en la capacidad de memoria para letras, Botwinick y Storandt (1974) muestra cómo los individuos de 20 años recuerdan entre 6-7 letras mientras que los de 60 recuerdan 5.5 letras. (Ver Tabla 2).

**Tabla 2**  
**CAPACIDAD DE MEMORIA DE LETRAS**

	Edad					
	20	30	40	50	60	70
Capacidad	6.7	6.2	6.5	6.5	5.5	5.4

Tomado de Botwinick y Storandt, 1974

Sin embargo, en estudios sobre la capacidad de memoria en tareas que impliquen procesos cognitivos adicionales, tales como una nueva organización del material o división de la atención, los hallazgos son claramente distintos, de tal forma que los ancianos ejecutan peor que los más jóvenes. Así, por ejemplo, la eficacia en la tarea de repetir los elementos en orden inverso a como fueron presentados disminuye con la edad (Bromley, 1958) y en mayor medida que si la recuperación de los elementos es en el orden natural (Bromley, 1958). También, se encuentra que en tareas en las que se requieren estrategias de división de la atención y reorganización del material, por ejemplo, cuando el sujeto debe detectar en dos listas de elementos presentados en un

orden diferente la única palabra que no se repite, la ejecución es peor en personas de más edad.

Otra serie de estudios en los que se pone a prueba la rapidez con la que el sujeto recupera la información de la memoria primaria, según el paradigma básico utilizado por Sternberg (1966), ponen de manifiesto que la velocidad de recuerdo disminuye con la edad (Anders y Fozard, 1973; Anders, Fozard y Lillyquist, 1972; Eriksen, Hamlin y Daye, 1973; Kirsner, 1972; Waugh, Thomas y Fozard, 1978).

Concluyendo, como resumen de las diferencias debidas a la edad en la retención de la memoria primaria, podemos señalar que estas son mínimas cuando los items son enteramente percibidos y no se requiere organización del material. Tan sólo se encuentran diferencias atribuibles a la edad en estudios que implican rapidez en tareas de recuerdo. Además, las personas de más edad tienen, tanto en tareas de atención dividida como en aquéllas en las que el material deba ser manipulado o reorganizado, una mayor dificultad en ejecutarlas correctamente.

### Efectos de la modalidad sensorial empleada

Murdock (1966) demostró que la retención a corto plazo es mayor cuando los items se presentan de forma auditiva, comparativamente con los presentados visualmente; este hallazgo sobre los efectos de la modalidad ha sido replicados en distintos trabajos con resultados similares (Craig, 1969; Crowder y Morton, 1969, Murdock y Walker, 1969).



En esta línea, Arenberg (1968) realizó un interesante estudio bajo la suposición de que el grupo de ancianos se beneficiaría más que el grupo de jóvenes si a la presentación visual de una serie de dígitos se añadiera una presentación auditiva de los mismos. Para ello, se presentaron a los sujetos cuatro dígitos y a continuación una tarea distractora (leer en voz alta tres dígitos irrelevantes) tras la cual debían recordar los primeros items. En la Tabla 3 puede observarse los resultados para las tres condiciones del experimento (visual, visual más lectura de los items por el experimentador, visual más lectura por los sujetos).

**Tabla 3.**  
**NUMERO DE DIGITOS RECORDADOS (TOTAL=32)**

	Tipo de Presentación		
	Sólo Visual	Auditiva Pasiva	Auditiva Activa
Jóvenes	22.8	24.5	26.2
Ancianos	18.0	22.1	23.3

Tomado de Arenberg (1968)

Se observa cómo el grupo de más edad recuerda un menor número de dígitos en todas las condiciones y cómo los ancianos se benefician más que los jóvenes en las condiciones en las que se añade la información auditiva.

### **3.2.2.3. Memoria secundaria**

Cuando la información que alcanza la memoria primaria permanece, se transfiere a la memoria secundaria, considerada como un almacén de capacidad ilimitada y permanente. En contraste con lo que sucede con la memoria sensorial -nos referimos a la icónica- y la memoria primaria, la mayor parte de las diferencias atribuibles a la edad en la investigación sobre la memoria se han encontrado en la memoria secundaria. Más concretamente, una gran parte de los estudios se han centrado en determinar si los procesos de codificación, almacenamiento o recuperación son los responsables de este déficit (Kaszniak, Poon y Riege, 1986).

#### **Diferencias en recuerdo y reconocimiento debidas a la edad**

En los estudios experimentales en los que se utiliza la presentación de listas de elementos pidiendo al sujeto que las recuerde en cualquier orden (recuerdo libre) y en único ensayo, no se encuentran diferencias debidas a la edad en cuanto al recuerdo de las últimas palabras de la lista ("efecto de recencia"). Sin embargo, se encuentra que las personas de más edad recuerdan menos elementos del principio o del medio de la lista, es decir, los provenientes de la memoria secundaria (Botwinick y Storandt, 1974; Craik, 1968, 1977; Laurence, 1966, 1967a; Raymond, 1971). En este sentido, Gilbert y Levee (1971) encuentran al aplicar Guild Memory Test (Crook, Gilbert y Ferris, 1980) a una muestra de sujetos de distintas edades el una moderada diferencia debida a la edad en Dígitos y una substancial disminución en subtests que implican el uso de la memoria secundaria como son las subtests de Recuerdo de Pares Asociados, Textos o Figuras.

Si bien estos estudios evidencian que existen diferencias significativas atribuibles a la edad en cuanto al recuerdo libre, los resultados parecen ser diferentes cuando trata de tareas de reconocimiento y recuerdo con utilización de claves, como podemos comprobar a continuación.

Laurence (1967a) encontró que el déficit mostrado por el grupo de ancianos en la ejecución de una tarea de recuerdo libre se minimizaba al proporcionar a los sujetos una lista con los nombres de las categorías de los elementos a recordar, esto es, en condición de recuerdo con claves. Asimismo, Craik (1968a,b) encuentra que disminuyen las diferencias en el recuerdo de un grupo de ancianos respecto a grupos de menor edad si se utiliza un conjunto de ítems limitado en cuanto al número de categorías de las que se extraen los elementos. Los experimentos de Laurence y Craik vienen a apuntar que se puede mejorar la recuperación de la información en los ancianos proporcionando claves o limitando los grupos de pertenencia de los elementos.

Schonfield y Robertson (1966) realizaron un estudio comparando las puntuaciones de recuerdo y de reconocimiento en diferentes edades. Se presentó a los sujetos una lista de 24 palabras seguida bien por una tarea de recuerdo libre bien por una tarea de reconocimiento según una lista de palabras con 4 elementos distractores. Encontraron que el recuerdo libre disminuye a medida que aumenta la edad pero no así el reconocimiento. Estos mismos resultados son obtenidos por Gordon y Clarck (1974). La principal conclusión que se puede extraer de estos trabajos consiste en que, dado que el reconocimiento no requiere recuperación, es este último proceso de la memoria secundaria donde se puede situar el déficit en la memoria secundaria en los ancianos.

Experimentos posteriores vienen a confirmar que los déficits relacionados con la edad son más extremos en las tareas de recuerdo que en las de reconocimiento; sin embargo, la mayor parte de los estudios encuentran también diferencias en tareas de

reconocimiento con palabras (Botwinick y Storandt, 1974, Fozard y Waugh, 1969; Grenshaw, 1969; Harkins, Chapman y Eisdorfer, 1979; Hultsch, 1975; Rankin y Kausler, 1979) o para figuras (Harwood y Naylor, 1969 y Howell, 1972).

Sin embargo, conviene ser prudente a la hora de analizar los datos procedentes de estudios de recuperación de material verbal ya que pueden existir variables individuales que expliquen al menos parte de los resultados. En un estudio de memoria de reconocimiento de palabras (Bowles y Poon, 1982) no se encontraron diferencias debidas a la edad entre una muestra de jóvenes y otra de ancianos con un alto nivel de vocabulario, pero sí entre muestras con bajo nivel de lectura. En este trabajo, se realizó un análisis retrospectivo sobre el nivel de vocabulario de las muestras empleadas en los estudios de memoria de reconocimiento de palabras. Los resultados sugieren que el nivel de vocabulario puede ser un factor explicativo en aquellos estudios que encuentran efectos debidos a la edad (Erber, 1974, Harkins, Chapman y Eisdorf, 1979; Rankin y Kausler, 1979) y ausencia de efectos por la edad en otros (Schonfield y Robertson, 1966). Por último, estudios posteriores corroboran el efecto del nivel de vocabulario sobre el recuerdo y el reconocimiento en la retención de programas de TV. (Cavanaugh, 1983) y de material de prosa (Taub 1979).

A modo de conclusión de esta breve revisión sobre los efectos de la edad en relación con el reconocimiento y recuerdo en la memoria secundaria, podemos afirmar que los sujetos de más edad están en desventaja respecto a los más jóvenes cuando no se proporciona información adicional. En este caso, las personas cuentan únicamente con sus propias actividades reconstructivas autogeneradas para la recuperación de los elementos (e.g. Bartlett, 1932), por lo que en las personas de más edad se ven disminuidas estas operaciones y, por tanto, su ejecución. Por otra parte, en situaciones donde el anciano tiene que generar un menor número de estrategias -tareas de reconocimiento y de recuerdo con claves- los efectos debidos a la edad son moderados. Finalmente, un minucioso análisis de estas diferencias encontradas en distintas tareas

experimentales conduce a la suposición de que los déficits encontrados sean debidos al fracaso en la recuperación del material almacenado.

### Diferencias en Adquisición y Organización

Sí las diferencias en la memoria sensorial y en la memoria primaria en la vejez son mínimas respecto a personas más jóvenes, las deficiencias en la memoria de los ancianos debe hallarse en algún otro nivel del sistema. Como hemos venido diciendo, en las personas de edad, parecen existir los suficientes mecanismos de registro y adquisición que apoyen el recuerdo inmediato; sin embargo, para una retención a largo plazo parecen ser necesarios mecanismos de codificación más elaborados cuya alteración pudiera explicar los déficits atribuidos a la edad. La comprobación de ésta última afirmación apoyaría la noción de que los déficits en la memoria secundaria se encuentran en el proceso de adquisición y no en la recuperación.

En el contexto de la teoría del procesamiento de la información, la adquisición en la memoria secundaria depende de factores tales como la organización del material (Mandler, 1967; Tulving, 1962) y la generación de mecanismos de codificación elaborados y diversos ( Craik y Tulving, 1975; Paivio, 1971). En este sentido, si el déficit en la memoria secundaria de las personas mayores ocurre en la adquisición, debería manifestarse en una capacidad disminuida para organizar los elementos en categorías, jerarquizaciones, etc., así como una deficiencia en el uso de técnicas mnemotécnicas como son los mediadores verbales o las imágenes (Craik, 1977). A continuación, se presenta la evidencia que hasta el momento se puede aportar en torno a esta cuestión.

Existe suficiente evidencia empírica que pone de manifiesto que los ancianos muestran una menor efectividad en el aprendizaje de pares asociados que, como se sabe, es la prueba más utilizada en la evaluación de la memoria secundaria (Jerome, 1959; Winn, Elias y Marshall, 1976, Thomas y Ruben, 1973). En este último estudio, los experimentadores hicieron aprender una lista de 12 pares de palabras a tres grupos de edad (jóvenes, adultos y ancianos) bajo una de las tres condiciones siguientes: "sin instrucciones", "instrucciones para utilizar las palabras en una imagen interactiva" e "interacción de imágenes animadas" (dibujo del estímulo y respuesta en forma llamativa). Una vez que todos los sujetos demostraron un perfecto aprendizaje de los pares se les examinó en cuatro periodos de tiempo posteriores: cuatro, ocho, doce y dieciséis meses. Los resultados mostraron cómo todos los grupos empeoraron a lo largo del tiempo. Además, los ancianos difirieron de los otros grupos en la condición de "sin instrucciones", no así en las dos condiciones que implicaban el uso de imágenes. Ello sugiere que los ancianos pueden beneficiarse de técnicas que les ayuden a organizar el material, así como que estas técnicas hacen que las diferencias debidas a la edad se minimizen.

De forma similar, en un estudio de características parecidas (Hulicka y Grossman, 1967), como puede observarse en la Tabla 4, se encontró que los sujetos de más edad tienden a usar menos mediadores de forma espontánea. En un estudio posterior, Hulicka, Stern y Grossman (1967) obtuvieron los mismos resultados aunque en una de las condiciones en las que no existía limitación de tiempo las diferencias no fueron tan notorias. Se muestra así que los ancianos tienden a beneficiarse más de instrucciones de mediación, pero que aunque puedan ejecutar estas operaciones espontáneamente no las utilizan. Este fracaso puede interpretarse como un incremento en la "rigidez cognitiva" (Chown, 1961) o como una disminución en la profundidad de procesamiento (Craik y Lockhart, 1972).

**Tabla 4.**  
**PORCENTAJE DE PARES ASOCIADOS RECORDADOS**

	Sin mediador	Con Mediador
Jóvenes	63	83
Viejos	13	65

Tomado de Hulicka y Grossman, 1967

En resumen, se puede decir que la evidencia deja poca duda acerca de que el déficit en la memoria secundaria debido a la edad está relacionado con una menor efectividad en los procesos de adquisición de información. En este sentido, las personas de más edad no utilizan de forma espontánea procedimientos de codificación adecuados para la organización del material y la formación de mediadores verbales o visuales. Puede pensarse que el fracaso se produce en la transferencia de la información de la memoria primaria a la secundaria, al no llevar a cabo las operaciones mentales que implican una codificación del material con una mayor elaboración ( Craik, 1977). Este tipo de fracaso desembocaría en un déficit en la retención (Craik y Lockhart, 1972; Jenkins, 1974; Eysenck, 1974).

### 3.2.2.4. Memoria remota

La ley de Ribot afirma que la información se olvida en orden inverso a como fue aprendida. No obstante, no se ha encontrado apoyo experimental que apoye esta afirmación en población anciana (Erber, 1981; Poon, 1985).

Una revisión de los datos sobre memoria remota sugiere que las diferencias relativas a la edad no existen o son mínimas (Bahrick, Bahrick y Wittlinger, 1975; Poon, Fozard, Paulshock y Thomas, 1979; Fozard, 1980; Schonfield, 1972). Además, no es superior el recuerdo de acontecimientos lejanos al recuerdo de acontecimientos ocurridos más recientemente (Erber, 1981), por lo que no existe evidencia empírica que sustente la ley de Ribot.

Por último, con respecto las diferencias debidas a la edad presentamos la Tabla 5 como resumen de los hallazgos mencionados anteriormente.

Tabla 5.  
EVIDENCIA DE DETERIORO EN LA CAPACIDAD DE MEMORIA

Tipo de estudio y tipo de evidencia	Almacén de Memoria			
	Sensorial	Primaria	Secundaria	Terciaria
<b>Estudios transversales</b>				
Anecdóticas	-	positiva	positiva	positiva
Psicométricas	-	negativa	positiva	negativa
Experimentales	positiva(débil)	negativa	positiva	negativa
<b>Estudios longitudinales</b>				
Psicométricas	-	negativa	positiva	negativa
Experimentales	-	-	positiva	negativa

Adaptado de Fozard (1980)



### **3.2.3. Causas de las diferencias en memoria debidas a la edad.**

Actualmente existe una gran controversia en torno a las causas de las diferencias relacionadas con la edad y la interpretación que puede hacerse a partir de las evidencias empíricas que apoyan los distintos modelos del funcionamiento de la memoria. En este sentido, se describen a continuación los tres tipos distintos de modelos de funcionamiento de la memoria en la vejez propuestos por Poon (1985).

#### **3.2.3.1 Hipótesis biológicas**

Mediante este tipo de hipótesis se plantea definir las diferencias en memoria relacionadas con la edad en términos de cambios biológicos.

En primer lugar, se han documentado determinados cambios neurológicos, fisiológicos y biológicos que ocurren en la vejez normal, algunos de los cuales afectan a la memoria. Así, con el aumento de la edad ocurren cambios significativos en el sistema nervioso central debidos a la alteración de la función normal colinérgica, parcialmente responsable de la pérdida de memoria observada en ancianos.

En segundo lugar, recientemente han surgido dos hipótesis que relacionan los cambios en la memoria con factores neuropsicológicos que intervienen en la capacidad de atención. Ambas postulan que la atención es necesaria para la codificación y el recuerdo del material y por tanto los déficits en el proceso de atención afectarían a la memoria. La primera de ellas (Kinsbourne, 1980) propone un modelo de disfunción cerebral -localizada o difusa- en los ancianos mientras que la segunda de las hipótesis (Albert y Kaplan, 1980) postula un modelo neuropsicológico basado en la comparación de ancianos normales con pacientes con deterioro orgánico. Sugieren que las dos áreas

de ejecución disminuidas en ancianos (arousal y ejecución viso-espacial) pueden interpretarse como señales de cambios neuropatológicos en el sistema frontal.

En tercer lugar, Birren (1980) postula que el cambio más drástico relacionado con la edad es la velocidad de conducta ("speed of behavior") que influye en aspectos como la inteligencia, el procesamiento periférico y central, estado de salud, etc., y aunque no se postulan componentes biológicos de forma específica sí se supone la implicación de un mecanismo mediador del sistema nervioso central.

Fozard (1980) propone tres argumentaciones a favor de la tesis de que la disminución de la velocidad en los procesos cognitivos asociada a la edad juega un papel principal en los problemas de memoria en los ancianos. En primer lugar, una serie de investigaciones realizadas para comprobar la influencia de la velocidad sobre la cognición en los ancianos (Salthouse, 1980) demuestran que la velocidad en "ensayos de memoria" facilita la memorización y retención de pruebas de pares asociados (prueba típica en el estudio de la memoria secundaria en la que los ancianos realizan una peor ejecución). Segundo, la ejecución más lenta de los ancianos en las distintas tareas en las que se ha mostrado inferior respecto a la ejecución de los más jóvenes, guarda un valor constante respecto a las puntuaciones de éstos últimos (Cerella, Poon y Williams; Salthouse, 1977). En tercer lugar, los estudios de tiempos de reacción que incluyan elección entre elementos demuestran que las diferencias asociadas a la edad radican en el componente perceptual-motórico de la tarea antes que en el número y duración de los componentes de la toma de decisión. En definitiva, los procesos de memoria en los ancianos serían similares a los de los jóvenes excepto en que aquéllos funcionan de forma más lenta. Salthouse (1980) señala que si se acepta un enlentecimiento del sistema nervioso central de los ancianos, el "tiempo utilizado en las operaciones mentales" puede ser el principal mecanismo que explique las diferencias en los aspectos cognitivos de la vejez. Además, subraya este último autor, es más razonable y de una mayor parsimonia sugerir que los ancianos hacen las mismas cosas que los más jóvenes

-aunque más lentamente- que sugerir que, por alguna razón desconocida, al alcanzar la vejez se utilizan menos estrategias de imaginación, así como una menor organización y profundidad.

En resumen, estas hipótesis de corte biológico tienen como principal implicación que el grado de deterioro de la memoria es una función de la integridad del sistema biológico del anciano. Aunque en sujetos con serios problemas cognitivos esta relación se hace evidente, la utilidad de estos modelos en su aplicación a población normal va a depender de su capacidad de predecir cuál es el umbral del déficit a partir del cual el comportamiento se ve alterado, de conocer en qué condiciones se produce el cambio biológico y, por último, de determinar las condiciones en las que estos déficits son reversibles. Hoy por hoy, poseen poco poder explicativo en cuanto a las ejecuciones de memoria de aquellos ancianos sanos que no padecen trastornos graves ni tampoco permiten interpretar por qué en algunas situaciones la ejecución de los ancianos es igual o incluso superior a la de los jóvenes (Poon, 1985).

### 3.2.3.2. Hipótesis de Procesamiento

Supuestamente los procesos de memoria implican codificación, almacenamiento y recuperación de la información. Diversos autores han intentado determinar en cuál de ellos se produce el déficit de memoria atribuido a la edad (Burke y Light, 1981; Hartkey, Harker y Walsh, 1980; Poon, 1985; Smith, 1980; Smith y Fullerton, 1981). Aunque alguno de los estudios que a continuación se citan ya han sido mencionados en las páginas anteriores, no obstante, su repetición se basa en motivos de claridad en la exposición.

### Hipótesis del déficit en el almacenamiento.

El almacenamiento se refiere al intervalo de tiempo transcurrido entre la codificación y la recuperación de la información, cuando la información está retenida en la memoria. Tradicionalmente, se ha considerado que el fracaso para recordar se origina por una interferencia producida en el material previamente aprendido ("inhibición proactiva") o en el posteriormente aprendido ("inhibición retroactiva").

La mejor vía para la indagación del supuesto sobre el déficit en el almacenamiento supone la valoración de la tasa de olvido después de que la información ha sido apropiadamente codificada. Ello se realiza examinando la exactitud del recuerdo en diferentes intervalos de tiempo, una vez que el material ha sido aprendido. Con respecto a las personas de edad, frecuentemente se ha considerado que son más vulnerables a los efectos de la interferencia, esto es, presentan una mayor susceptibilidad a la perturbación de la información almacenada y, por tanto, una mayor tasa de olvido (Botwinick, 1973; Jerome, 1959; Kay, 1959; Schonfield, 1969; Welford, 1958). Sin embargo, actualmente la literatura no apoya esta idea. Las personas de mayor edad no parecen más vulnerables a la "interferencia proactiva" (Craik, 1968; Fozard y Waugh, 1969) o "retroactiva" (Smith, 1974, 1975). Kausler (1982) señala que las diferencias encontradas en la tasa de olvido por algunos autores puede ser debida a los diferentes niveles previos de aprendizaje entre el grupo de jóvenes y ancianos. De esta forma, una vez que han sido igualados los niveles previos de aprendizaje, no existen diferencias de edad en el olvido (Craik, 1977; Fozard, Waugh y Thomas, 1975; Hulicka, 1967; Hulicka y Weiss, 1965; Moenster, 1972; Poon y Fozard, 1980; Wimer y Wigdor, 1958).

Una revisión de los estudios anteriores permite concluir, en resumen, que no hay evidencia suficiente para asumir que la interferencia debilite la huella de memoria -material almacenado- y que esto ocurra en mayor medida en ancianos.

### Hipótesis del déficit en la recuperación.

El fracaso en la memoria según esta hipótesis se atribuye a la dificultad en el acceso de la información que está almacenada durante el proceso de la recuperación. Entre los distintos procedimientos para examinar si el déficit se encuentra en el proceso de recuperación de la información, la comparación de lo que ocurre en tareas de recuerdo frente a las de reconocimiento, ha sido la prueba más utilizada (ver Smith, 1980). Como hemos señalado anteriormente, el hallazgo diferencial en ambas tareas muestra que mientras las personas mayores presentan un pequeño déficit en tareas de reconocimiento, esta deficiencia es considerablemente superior en tareas de recuerdo, por lo que se sugiere que el material es almacenado correctamente, pero el fallo puede producirse precisamente en la recuperación. (Craik, 1971; Smith, 1975).

También se presentó antes la evidencia que demuestra que al proporcionar claves para la recuperación se facilita el recuerdo en ancianos, minimizándose así las diferencias debidas a la edad. Ello, desde luego, constituyen una evidencia adicional de que el déficit en el recuerdo se encuentra en el proceso de recuperación (Hultsch, 1975; Laurence, 1967).

Por otra parte, si bien parece suficientemente demostrada la deficiencia de las personas mayores a la hora de la recuperación del material almacenado, es ciertamente difícil separar "recuperación" de "codificación" (Smith, 1980), de tal forma que la misma evidencia presentada en apoyo del déficit en la recuperación puede ser interpretada en términos de déficit en la codificación. Así, se ha comprobado que en el reconocimiento están implicadas diferentes estrategias de codificación que en el recuerdo (Griffith, 1975; Winograd y Smith, 1978). Por ejemplo, tareas de organización del "input" mejoran el recuerdo, pero no el reconocimiento. De esta forma, las diferencias relacionadas con la edad observadas en el recuerdo y no en el reconocimiento pueden ser explicadas en función de estrategias de codificación poco

eficaces. Otro tipo de evidencia presentada a favor del déficit en la recuperación - claves que facilitan el recuerdo- puede también interpretarse de forma similar a partir de la codificación. Así, por ejemplo, Smith (1977) llevó a cabo un experimento en el que demostraba que proporcionar las categorías tan sólo durante la fase de presentación y no en el momento de la recuperación igualaba el grado de recuerdo de los ancianos al de los sujetos de menos edad.

A modo de conclusión, puede decirse que la evidencia empírica apoya la existencia en las personas mayores de un déficit en la recuperación. Sin embargo, esto no explicaría por sí mismo todos los déficits mnésicos observados en ese grupo de sujetos.

#### Hipótesis de Codificación.

Como hemos señalado en el apartado dedicado a la memoria secundaria, algunos de los estudios revisados concluyen que existe una deficiencia de codificación entre los ancianos (Hulicka y Grossman, 1967; Hulicka, Stern y Grossman, 1967); Jerome, 1959; Thomas y Ruben, 1973; Winn, Elias y Marshall, 1976).

Smith (1980) pone de manifiesto -en gran parte debido a las ideas de Craik y sus colaboradores (Craik y Lockhart, 1972; Craik y Tulving, 1975) sobre la "profundidad del procesamiento"- cómo en la investigación sobre la memoria de los ancianos, se estaba poniendo un especial énfasis en el estadio de la codificación. El paradigma experimental más utilizado en la indagación de este supuesto implica la variación de la forma en la que los sujetos procesan los estímulos manipulando las instrucciones que se les proporcionan. A los sujetos se les pide antes o durante la presentación del estímulo que realicen diferentes acciones y, en función de la ejecución de memoria, se determina el efecto de cada tipo de instrucción.

Hasta aquí, y desde el enfoque del procesamiento, se ha sugerido que existían tres posibles tipos de déficits en la codificación de la información entre las personas mayores: 1) organización del material, es decir, grado en el que se relacionan los ítems de una lista durante la adquisición, 2) elaboración verbal o, en otras palabras, grado en el que cada elemento que se debe recordar es codificado diferencialmente y 3) elaboración visual o, simplemente, el uso preferente de las imágenes en mayor medida que la utilización de codificación verbal del estímulo (Smith, 1980). La evidencia empírica sugiere que los ancianos tienen posiblemente un déficit de codificación verbal (p. ej., Eysenck, 1974; Smith, 1980), así como, también, un posible déficit en el uso de imágenes (Hulicka y Grossman, 1967; Poon, Walsh-Sweeney y Fozard, 1980) y, por último, un claro déficit organizacional en la estrategia de agrupación de elementos (Hultsch, 1969; 1971).

Como conclusión, desde la aproximación del procesamiento de la información se puede afirmar que aunque la supuesta separación de los diferentes procesos (codificación-almacenamiento-recuperación) no es ciertamente fácil, tanto los déficits en la codificación como en la recuperación de la información se consideran responsables de la baja ejecución de los ancianos. Una eficiencia disminuida en la elaboración verbal y de imágenes, así como en la organización, junto con un fracaso para procesar "profundamente" de forma espontánea (Craik y Simon, 1980) serían algunas de las causas que contribuyen a los déficits de memoria asociados a la edad (Poon, 1985).

### 3.2.3.3 Perspectiva contextual

Aunque la perspectiva contextual no constituya propiamente un modelo teórico que permita la explicación de los déficits en memoria, largamente observados en etapas avanzadas de la vida, sí supone una interesante aproximación desde la que se tienen en cuenta una serie de variables, anteriormente no consideradas, que permiten matizar muchos de los resultados obtenidos a partir de las investigaciones realizadas en este campo.

Bartlett (1932) realizó una serie de experimentos sobre la retención de textos significativos. Así, por ejemplo, en uno de ellos, los participantes intentaban recordar un cuento de origen indio en distintas ocasiones a lo largo de varios meses. Bartlett encontró que había una gran inexactitud en el recuerdo de los participantes y, además, parecían no ser conscientes de su inexactitud. También, encontró que los errores no sólo eran de omisión y condensación sino también de transformación del texto original. Esta nueva elaboración era realizada sobre una forma compatible con los conocimientos culturales y los convencionalismos sociales de los propios participantes.

Hulstsch y Pentz (1980) afirman que el acercamiento contextual a la memoria y el aprendizaje tiene su raíz en el metamodelo contextual. Este modelo se deriva del concepto de "evento histórico", según el cual la experiencia consiste en "eventos" que adquieren su significado dentro de un todo. Por lo que respecta a la consideración del aprendizaje y la memoria desde esta aproximación, se afirma que el acercamiento contextual no contempla éstos como procesos en los que se hallen implicados asociación de almacenes y procesos de control. Para estos autores, el objetivo del acercamiento contextual está en la naturaleza de las experiencias individuales. Lo que se aprende y lo que se recuerda dependerá del contexto total del acontecimiento, en el que se incluyen aspectos tales como lo físico, lo psicológico (perceptual, lingüístico,



semántico, etc.), lo social, el contexto cultural en el cual el acontecimiento sucede, el contexto donde se realiza la tarea de recordar, etc.

Es importante destacar que no existe un modelo contextual de aprendizaje sino, más bien, marcos consistentes que describen la naturaleza interactiva de variables individuales, ambientales y de la tarea que contribuyen a la comprensión de un acontecimiento (Hultsch y Pentz, 1980). Así, por ejemplo, el énfasis podría ponerse en el contexto del material estimular (Cralk y Lockart, 1972; Jenkins, 1974; Kinstch, 1974), el conocimiento pre-experimental del individuo (Brockway, Chmielewski y Cofer, 1974), Dooling y Christiaansen, 1977), las expectativas y objetivos del individuo (Cofer, 1977; Kintsch, 1978) o el contexto sociocultural (Kvale, 1977; Meacham, 1972, 1977).

Dentro de esta perspectiva, constituye un paso significativo la propuesta de Labouvie-Vief y Schell (1982), quienes afirman que el acercamiento contextual puede ser visto como una generalización del actual enfoque del procesamiento de la información y que ambos se complementan en la comprensión de los procesos de memoria. Añaden que este modelo interactivo ya ha demostrado su utilidad en distintas investigaciones. Por ejemplo, se ha encontrado que la edad interacciona con las demandas de la tarea y otras variables contextuales (p. ej., incentivos monetarios (Erber, Feely y Botwinick, 1980; Leech y Witte, 1971) o familiaridad de los ítems (Barrett y Wright, 1981; Poon y Fozard, 1978). Además, Labouvie-Vief y Schell (1982) proponen un aspecto adicional de gran interés, la necesidad de estudiar minuciosamente los estilos de procesamiento cualitativos empleados por jóvenes y viejos, ya que, según afirman, algunos de los considerados déficits o ineficiencias relacionadas con la edad (p. ej., en la categorización) pueden estar reflejando simplemente diferencias debidas al efecto cohorte.

En definitiva, este enfoque pone el énfasis en el estudio de la memoria de los individuos en relación con el conocimiento adquirido, mediante el uso de materiales significativos, teniendo en cuenta la influencia que las variables situacionales pueden producir en el aprendizaje de la información (Palacios y Marchesi, 1985).

Un último aspecto, que no queremos dejar de señalar, en clara Cavanaugh conexión con lo anterior, hace referencia a la tendencia de los estudios actuales a presentar una mayor validez ecológica, lo que permite una interesante comparación y generalización de sus hallazgos dentro del funcionamiento de la memoria en la vida diaria (Poon, 1985). Así, por ejemplo, son múltiples las investigaciones dirigidas a examinar los procesos de la memoria secundaria en actividades cotidianas como son el reconocimiento de caras o el recuerdo nombre-cara (Fernández-Ballesteros, Montorio, Guerrero, Izal, Hernández y Llorente, 1990); Ferris, Crook, Clark, McCarthy y Rae, 1980; Smith y Winograd, 1978) o estudios acerca del uso de ayudas de memoria, métodos para recordar información necesaria en la vida diaria o incluso los efectos que tienen sobre los propios ancianos cuando éstos fracasan al recordar. Un buen ejemplo de este tipo de investigaciones lo constituye un trabajo (Cavanaugh, Grady y Perlmuter, 1983) en el que se pedía a un grupo de jóvenes y otro de ancianos que registraran sus fracasos de memoria y el uso de ayudas externas (p. ej., agendas, notas). Paralelamente a las investigaciones experimentales se encontró que los principales problemas de los ancianos ocurrían en procesos en los que estaba implicada la memoria secundaria, incluyendo el olvido de nombres, objetos, citas, sitios, rutinas diarias, direcciones y números de teléfonos. Además, los ancianos fracasaban con mayor frecuencia cuando lo que debían recordar estaba fuera de sus rutinas diarias o cuando se requería información no utilizada recientemente, mientras que los jóvenes fracasaban principalmente en situaciones percibidas como estresantes. Además, otro hallazgo empírico relevante indica que los ancianos son más sensibles a los fracasos de memoria, de tal forma que sus auto-evaluaciones de memoria se ven infravaloradas (Zarit, Cole y Guider, 1981).

Además, cuando se utilizan procedimientos experimentales para el estudio de la memoria secundaria más cercanos a lo cotidiano, como por ejemplo, tareas que implican una elaboración en el procesamiento de un texto para entender su significado, extraer lo esencial o sus implicaciones, los jóvenes y adultos obtienen puntuaciones similares (Labouvie-Vief, Campbell, Weaver y Tannenhaus, 1979; Meyer, Rice, Knight y Jensen, 1979; Till y Walsh, 1980, Zelinski, Gilewski y Thompson, 1980).

Por otro lado, con respecto a la utilización de tareas de recuerdo de palabras de alta familiaridad y significación los resultados son claros. Aunque algunos estudios (Gilbert y Levee, 1971; Taub, 1974) encontraron una mayor pérdida debida a la edad cuando se utiliza material de una mayor significación, en la mayor parte de ellos disminuyen las diferencias por la edad en el recuerdo de la memoria secundaria (Canestrari, 1966; Howell, 1972; Hultsch y Dixon, 1983; Poon y Fozard, 1978; Zaretsky y Halberstam, 1968). Si bien este hallazgo de un mejor recuerdo en situaciones familiares parece esperable, no es menos cierto que reviste una gran importancia, ya que viene a subrayar la existencia de una cierta **flexibilidad** en la ejecución en tareas de memoria secundaria desempeñadas por los ancianos, lo que de cara a la intervención permite un mayor optimismo.

#### **3.2.4. Evaluación de la memoria en la vejez**

Al principio de este capítulo hacíamos referencia a tres posibles enfoques en el estudio de la memoria: procesamiento de la información, contextual y psicométrico. En los dos primeros ya nos hemos detenido. El resto de este capítulo tendrá como referente teórico principal el modelo psicométrico, aunque también en buena medida los otros dos enfoques estarán continuamente presentes. El enfoque psicométrico parte de un planteamiento inductivo, por lo que no existen supuestos teóricos sino una

acumulación de datos con los que se trata de poner de relieve el funcionamiento mnésico diferencial. Por tanto, el interés primordial aquí no serán los procesos generales de memoria sino el estudio de las diferencias individuales en los ancianos entre sí y con otros grupos de población así como un énfasis en las repercusiones aplicadas.

Sí bien, los cambios en el funcionamiento de la memoria debidos a la edad han tenido un papel preferente en la investigación en la vejez, la evaluación clínica de la memoria aún, a pesar de contar con un cierto número de pruebas de evaluación procedentes del enfoque psicométrico (ver Tabla 6) no ha tenido una repercusión extensa. Tan sólo recientemente ha cobrado un mayor auge. En este sentido, podemos citar algunos de los trabajos de revisión más importantes: Arenberg (1978); Bernal, Branon, Belar, Lavigne y Cameron (1977); Crook (1979); Kramer y Jarvik (1979); Schaie y Schaie (1977); Poon (1986); Poon, Fozard, Cermak, Arenberg y Thompson (1980).

Los psicólogos experimentales han proporcionado numerosos modelos e investigaciones sobre la memoria que han contribuido al conocimiento del funcionamiento de la misma, así como también a un mejor entendimiento de los procesos normales de envejecimiento, aunque apenas han puesto atención a las necesidades y demandas provenientes del campo aplicado; por ello no existen grandes aportaciones desde la investigación básica en relación con la elaboración de adecuadas técnicas de evaluación e instrumentos diagnósticos (Erickson, Poon y Wals-Sweeney, 1980; Poon, Gurland, Eisdorfer, Crook, Thompson, Kaszniak y Davis, 1986).

Tabla 6.

## Escalas de Memoria y sus Características

	Wechsler	Inglis	Cronholm	Mayer y Falconer	Williams	Barbizet y Cary	Patten	Pershad	Nº de tes- con criter
orientación	?	No	No	No	No	No	?	?	0+
memoria remota	?	No	No	No	?	?	?	Si	1+
memoria auditiva corto plazo	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	6
memoria visual a corto plazo	No	Si	No	No	No	Si	No	No	2
rendizaje a criterio (verbal)	No	Si	No	Si	No	No	?	No	2+
rendizaje a criterio (visual)	No	Si	No	Si	No	Si	?	No	3+
atención demorada (verbal)	No	No	Si	No	No	Si	Si	Si	4
atención demorada (visual)	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	5
rendizaje habilid. motoras	No	No	No	No	No	No	No	No	0
cood. alternativo									
(para respuesta verbal)	No	Si	No	Si	No	No	No	No	2
cood. alternativo									
(para respuesta motora)	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	7
estímulos verbales comunes	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8
estímulos visuales comunes	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	7
avidez y conveniencia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8
resp. alternativas	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	4
memoración	Si	No	?	No	Si	No	No	Si	3+
interés sobre vida diaria	No	?	No	No	No	No	No	No	0+
test normativos para ancianos	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	4
4									
de criterios cumplidos por test	6+	10+	7+	8	9+	10+	7+	9+	

Adaptado de Erickson, Poon y Walsh-Sweeney (1980)

?= mínimo o inadecuado

### 3.2.4.1. Objetivos de la evaluación

La observación cotidiana ha llevado consigo la creencia de que durante el Proceso de envejecimiento se sufren alteraciones mnésicas. Ello se ha visto confirmado tanto por estudios epidemiológicos como por trabajos evolutivos tanto correlacionales como experimentales. Todo ello conlleva la enorme relevancia de la memoria en cualquier evaluación con personas mayores.

Sin embargo, cabe preguntarse con qué objetivos se evalúa la memoria en las Personas mayores. Primeramente, posibilita contribuir al diagnóstico normalmente encomendado a otros profesionales (especialmente profesionales de la medicina) y en

el que la memoria juega un importante papel (p. ej., demencia). En segundo lugar, otro posible objetivo de evaluación sería contribuir a la localización de un posible deterioro orgánico cerebral. Un tercer objetivo primordial sería planificar el tratamiento psicológico de los ancianos con problemas de memoria (Crook, 1986; Poon, Gurland, Eisdorfer, Crook, Thompson, Kaszniak y Davis, 1986). Si bien los dos primeros objetivos son fundamentalmente descriptivos, en términos generales, se puede señalar que lo que el psicólogo desea, desde una perspectiva aplicada, es conocer cómo un anciano determinado se diferencia de alguna forma en el funcionamiento de la memoria de la mayor parte de los ancianos, qué relevancia puede tener sobre su vida diaria y que sistemas de apoyo o manipulación ambiental pueden ser necesarios para optimizar su nivel de funcionamiento (Thompson, 1986).

Por último, un objetivo valorativo importante, sustancialmente diferente a los anteriores, pero reseñable por su frecuente utilización es ayudar a establecer la efectividad de los tratamientos farmacológicos que se aplican a los ancianos ante los síntomas, quejas y problemas manifestados por ellos en relación con su memoria.

#### 3.2.4.2. Componentes de la evaluación de memoria

Smith (1980) describe los componentes básicos de la evaluación de memoria a través de un diagrama con cuatro ejes adaptado de Jenkins (1979) (ver Gráfico X) . Según este modelo, los cuatro polos básicos serían las características individuales, las tareas-criterio, la naturaleza del material y, por último, las estrategias cognitivas. Es conveniente tener en mente que los cuatro factores son interdependientes, de tal modo que cada una de ellos se relaciona con todos los demás y que la interacción de dos de ellos puede ser modificada por cambios en un tercero.

# COMPONENTES BASICOS EN LA EVALUACION DE LA MEMORIA

## CARACTERISTICAS INDIVIDUALES

(Edad, habilidades,  
conocimientos)

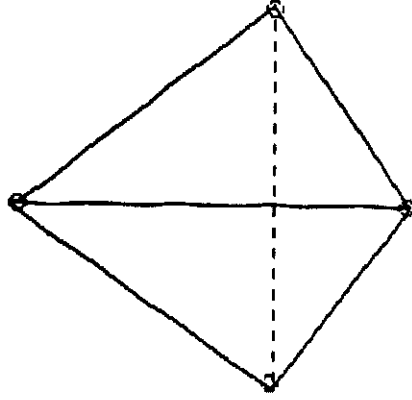
## ESTRATEGIA

### COGNITIVA

(organización,

elaboración, etc.)

(influido por instrucciones)



## TAREA CRITERIO

(reconocimiento, recuerdo,

solución de problemas)

## NATURALEZA DEL MATERIAL

(estructura organizacional,

dificultad, etc.)

Figura 1

El primero de los componentes da cuenta del impacto de las diferencias individuales sobre la ejecución de la memoria. Entre estas se incluyen la edad y la salud (Birren, Butler, Greenhouse, Sokoloff y Yarrow, 1963; Hulicka, 1967), la inteligencia verbal (Poon y Fozard, 1978), el estado afectivo (depresión y ansiedad) (Kahn y Miller, 1978), la reticencia ante la situación de evaluación (Leech y Witte, 1971), los conocimientos, la auto-evaluación de la memoria, la educación (Birren y Morrison, 1961), la ocupación y las influencias ambientales. Todas estas variables pueden influir directa o indirectamente en la ejecución de la memoria y, por ello, el control inadecuado de las mismas conllevaría una incorrecta valoración de su influencia. Baste señalar como contrastación de esta última afirmación dos ejemplos. En el primero de ellos (Poon, Fozard, Treat y Popkins, 1978) se comprueba la "profecía que se autocumple", en el sentido de que los ancianos realizan malas ejecuciones de memoria objetiva para justificar sus quejas. El segundo (Bowles y Poon, 1982) consiste en un estudio de memoria de reconocimiento de palabras en el que no se encontraron diferencias debidas a la edad entre una muestra de jóvenes y otra de ancianos con un alto nivel de vocabulario, pero sí entre muestras con bajo nivel de lectura. En definitiva, es imperativo recoger y analizar este tipo de información para interpretar los resultados de los tests y comparar a un anciano dado con su grupo normativo .

Asimismo, es importante poner de relieve que no existen pautas de respuesta que sean características de todos los ancianos, sino que, por el contrario, las diferencias individuales son mayores entre los ancianos que entre las personas de menos edad (Levy, 1980). Esta variabilidad incrementa la dificultad de establecer datos normativos así como de interpretarlos con entera confianza. No sólo, la variabilidad en las ejecuciones de memoria es mayor en los ancianos que en los jóvenes, sino que también, generalmente, es más variable la ejecución intra-sujeto en el caso de los ancianos (Fozard y Thomas, 1975). Debido a ésto último, Erickson y col. (1980) señalan que el poder predictivo de un test y su fiabilidad se verán disminuídos a menos que se conozcan, evalúen y utilicen en la toma de decisión los factores responsables de esta



mayor variabilidad. Parece importante, por todo ello, conocer las características individuales de los ancianos dada la gran influencia que éstas puedan tener en la ejecución de memoria.

Un segundo componente básico en la evaluación de la memoria es la tarea-criterio, la prueba o test y su medida dependiente. Como es lógico para una tarea dada existen diferentes medidas dependientes que evalúan aspectos distintos del proceso y, asimismo, pueden poseer diferentes niveles de sensibilidad. El ejemplo más claro lo constituyen los paradigmas de reconocimiento y recuerdo. El primero de ellos es menos sensible a las diferencias relacionadas con la edad, de tal modo que las personas mayores obtienen mejores resultados en tareas de reconocimiento que de recuerdo (Craik, 1977; Schonfield y Robertson, 1966; Smith, 1975). Así también, los ancianos que sufren demencia, los cuales tienen un déficit generalizado de memoria, obtienen peores puntuaciones en reconocimiento -aun siendo mejores que las de recuerdo- que individuos normales de su misma edad, por lo que puede considerarse que las medidas de reconocimiento son útiles para identificar trastornos de memoria asociados a la edad (Branconnier, Cole, Spera y DeVitt, 1982). Un aspecto de indudable interés relacionado con la tarea-criterio es la complejidad de la tarea. Así, por ejemplo, se ha comprobado que los ancianos obtienen puntuaciones notablemente peores en pruebas de memoria al incrementarse la dificultad de la tarea (Cerella, Poon y Williams, 1980).

El tercer componente, la naturaleza del material empleado en la tarea (p. ej., verbal), reflejará el tipo de procesamiento que se desea medir. Entre las dimensiones del estímulo más importantes en la vejez se encuentra la familiaridad del mismo. La utilización de ítems familiares disminuye la magnitud de las diferencias en memoria debidas a la edad (Canestrari, 1966; Howell, 1972; Hultsch y Dixon, 1983; Poon y Fozard, 1978; Zaretsky y Halberstam, 1968).

Por último, el cuarto componente en la evaluación de la memoria sería la operación que debe ser empleada para cumplimentar la tarea: codificación, almacenamiento, imaginación, recuperación, ensayo, estrategias de organización. Evidentemente, la estrategia utilizada dependerá directamente de los dos últimos componentes mencionados, la naturaleza del estímulo y la tarea-criterio empleada. Así, una baja puntuación en una prueba de memoria podría ser el resultado de una codificación ineficaz ante una tarea nueva, compleja y poco familiar. Si bien, el análisis de las estrategias empleadas puede realizarse mediante el análisis cualitativo de protocolos, la realización de tareas bajo un paradigma de procesamiento de la información puede ser más eficiente en separar cuáles son los factores que contribuyen a una respuesta determinada (Kaszniak, Poon y Riege, 1986).

#### **3.2.4.3. Perspectivas psicométricas: criterios de validez**

En el campo de la psicología de la memoria han proliferado distintos modelos, conceptos, dimensionalizaciones y definiciones sobre la memoria durante los últimos cuarenta y cinco años, desde que la escala más conocida y utilizada de evaluación (Wechsler Memory Scale, Wechsler, 1945) fuera publicada. Esta falta de claridad conceptual sobre el fenómeno que se pretende medir provocó una ausencia de criterios de validez para la evaluación de la memoria. Actualmente, debido al avance de la psicología cognitiva y de la psicometría así como a un mayor conocimiento de estos avances por parte de los psicólogos clínicos, el panorama respecto a la evaluación de la memoria desde una perspectiva psicométrica resulta más alentador (Erickson, Poon y Walsh-Sweeney, 1980). Sin embargo, siguen existiendo una serie de problemas a los que nos vamos a referir a continuación.

Un primer problema es la **dimensionalización indeterminada de la memoria**. La memoria es una función o proceso psicológico multidimensional, ante el cual existen numerosos modelos y teorías y una terminología redundante o inconsistente, de tal forma que fenómenos similares pueden quedar enmascarados bajo nombres diferentes en teorías, a su vez, distintas. Se hace necesaria, pues la investigación de estudios correlacionales o factoriales que examinen las operaciones de la memoria y hagan posible identificar las estructuras de la misma, de forma que se llegue a eliminar las redundancias e inconsistencias conceptuales (Poon, 1986).

Un segundo problema se refiere al significado de lo que representa el **fenómeno de envejecimiento**. El concepto de vejez no es ni puede ser específico dada la variabilidad existente, ya que es posible encontrar una mutiplicidad de resultados que pueden ser considerados normales (ancianos con enfermedades, sin ellas, etc.). A causa de esta ausencia de especificidad, así como de la multidimensionalidad de la memoria, realizar predicciones acerca de la memoria en ancianos normales o en ancianos con determinadas características resulta problemático. Superar esta barrera requiere una definición consistente de lo que se entiende por vejez, una evaluación de las diferentes dimensiones de la memoria, y una formulación teórica coherente que relacione el fenómeno de envejecimiento con los factores de memoria (Cunningham, 1986). No basta sólo comprobar que existen relaciones empíricas entre ambos (p. ej., la enfermedad o la depresión influyen en pruebas de memoria), sino que es preciso además analizar teóricamente el porqué de la relación.

Un tercer problema, ya comentado pero que no podemos dejar de señalar en este apartado, es la separación entre la investigación orientada hacia el estudio de los procesos de memoria la investigación centrada en la práctica profesional. Dada la necesidad de los clínicos de contar con instrumentos de evaluación de memoria para ancianos, es esperable que el traslado de las variables usualmente utilizadas en

enfoques centrados en los procesos a tests psicométricamente adecuados contribuyan al avance de la evaluación. Por tanto, parece razonable que las pruebas de memoria se basen en la investigación realizada bajo el paradigma del procesamiento de la información y que sus conceptos sean trasladados, además, a la práctica clínica. En este sentido, los instrumentos desarrollados por Guilford (1967) y Guilford y Hoepfner (1971) suponen un reflejo de estas últimas líneas. En relación con este aparente divorcio investigación básica-clínica, otra barrera importante para la consecución de criterios de validación de instrumentos radica en la tendencia al aislamiento de los psicólogos experimentalistas. La literatura en psicología experimental aparece como una basta y densa jungla donde entrar es una tarea harto difícil para cualquiera que no sea especialista (Cunningham, 1986).

#### **3.2.4.4. Criterios en la elección de las técnicas de medida**

En las páginas anteriores nos hemos centrado en los objetivos de la evaluación de la memoria en ancianos, los componentes de la misma, así como en algunas de las barreras que entorpecen el poder contar con instrumentos psicométricamente adecuados. Nos dedicaremos, ahora, a revisar los criterios que debe reunir un instrumento para responder a las necesidades de la evaluación. Para ello, en primer lugar señalaremos cuáles son estas necesidades de evaluación (Erickson y col., 1980).

Una cuestión primordial en un instrumento de memoria para ancianos es su efectividad como herramienta para responder de forma efectiva a las preocupaciones del anciano y sus familiares, así como de las distintas personas implicadas en la situación clínica (enfermeras, rehabilitadores, etc.). El anciano que percibe algún tipo

de pérdida en su memoria quiere conocer que es lo que falla en su atención, aprendizaje y capacidad de recuerdo. Olvida citas, nombres, acontecimientos, no recuerda dónde deja objetos de uso frecuente, es incapaz de recordar lo que ha comido, etc. Estos y otros problemas le causan serios inconvenientes en su vida diaria, para los cuales necesita una explicación, un pronóstico y un tratamiento.

Por otra parte, el personal que asiste a los ancianos -especialmente en marcos institucionales- también tiene un claro reflejo de esta situación. Encuentra que alguno de los típicos problemas relacionados con la memoria interfieren en la rehabilitación, en la vida diaria y en las relaciones interpersonales. El anciano olvida las visitas de sus familiares, es incapaz de seguir las prescripciones médicas, olvida acudir a actividades en las que participa de forma habitual, repite preguntas, no es capaz de seguir instrucciones en actividades de ocio o terapia porque las olvida. En este caso, el personal también necesita no sólo información específica acerca de la etiología y pronóstico, sino también saber cómo actuar con el anciano.

En definitiva, las preguntas que se plantean tanto el anciano como otras personas cercanas a él son pragmáticas y específicas y reflejan la necesidad de obtener respuestas concisas ante problemas muchas veces acuciantes. Erickson y Scott (1977) y Poon (1980) señalan que los principales tests de memoria no dan cuenta de estas necesidades. Incluso, a la vista del contenido de algunos de los instrumentos existentes puede pensarse que la memoria es un fenómeno indiferenciado, no quedando siquiera claro desde un punto vista conceptual cuáles son las posibles implicaciones que para la conducta tienen las puntuaciones alcanzadas en estos tests. Parece pues necesario establecer una serie de requisitos para la elección de las técnicas de medida:

1. El instrumento debe estar validado, demostrándose que se halla estrechamente relacionado con la actuación del anciano en la vida diaria (Ferris, Crook, Flicker, Reisber y Bartus, 1986).

2. Tanto los materiales como el procedimiento empleado necesitan ser "ecológicamente representativos" (Erickson et al., 1980). Aquellas tareas de memoria en las que el sujeto debe, por ejemplo, recordar una lista de elementos compuesta por artículos que se compran usualmente o reconocer caras son de una mayor validez externa que tareas que impliquen el recuerdo de estímulos compuestos por sílabas sin sentido. Además, las tareas con una alta validez ecológica tienen otra importante ventaja. Si bien, las tareas que implican artificialidad y un alto grado de abstracción pueden ser adecuadas para estudiantes u otros jóvenes voluntarios más acostumbrados a este tipo de tareas, es posible que los ancianos reaccionen de forma negativa ante tales tareas manifestando ansiedad y negándose a cooperar mientras, por el contrario, ante tareas con una adecuada validez externa, los ancianos pueden ser extremadamente cooperativos (Cunningham, 1986).

3. El instrumento debe tener procedimientos alternativos que permitan el examen de ancianos incapaces de emitir respuestas motoras o verbales para aquellos sujetos que padezcan algún tipo de limitación motora o verbal (Erickson et al., 1980).

4. La literatura gerontológica y neuropsicológica sugiere que es más adecuado realizar exámenes repetidos de los sujetos a lo largo del tiempo que un único examen. Las tareas en las que, se requiere el recuerdo demorado representan una buena forma de obtener información en el tiempo (Erickson, Poon y Walsh-Sweeney, 1980). Una condición relacionada con esto último es la existencia de versiones paralelas, lo que posibilita realizar exámenes de un mismo aspecto a

lo largo del tiempo. Con respecto a este último aspecto, Ferris, Crook, Flicker, Reisber y Bartus (1986) señalan que la utilización de versiones paralelas no sólo es importante por lo anteriormente expuesto sino que en aquellos casos en los que se ha producido intervención facilita medir el cambio de una forma más válida. Más aún, a causa de la mayor variabilidad entre los ancianos en las pruebas de memoria, los clínicos deben utilizar paradigmas de actuación intrasujetos para evaluar el tratamiento, por lo que es imprescindible contar con versiones paralelas (Erickson y Howieson, 1986).

5. El instrumento debe estar estructurado de tal forma que sea breve y fácil de administrar (Erickson y col, 1980).

6. El instrumento debe contar con normas que permitan sugerir evaluaciones adicionales y tratamiento (Erickson y col., 1980).

7. Debe contar con baremos propios para ancianos (Erickson y col., 1980; Ferris, Crook, Flicker, Reisber y Bartus, 1986; Poon, Gurland, Eisdorfer, Crook, Thompson, Kaszniak y Davis, 1986).

8. El instrumento debe contar con distintos subtests con baremos propios en vez de combinar las puntuaciones de los diferentes a una única puntuación, ya que la memoria no es un fenómeno unitario. Erickson (1978) postula que esta forma de construcción de los instrumentos permite reemplazar y añadir nuevos componentes cuando la evidencia clínica así lo sugiera.

9. Lógicamente, el test debe haber demostrado adecuadas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad (Erickson y Howieson, 1986). Con respecto a estas queremos resaltar dos aspectos. En primer lugar, referente a la importancia de la validez discriminante, el test ha debido establecer sus tasas de falsos-positivos y falsos-negativos (Brannconnier, Cole, Spera y De Vitt, 1982). En segundo lugar, como Cunningham (1986) sugiere, para que un instrumento de memoria tenga una adecuada validez de constructo debe estar sustentado en una teoría estructural de la memoria. Este autor afirma que probablemente no exista un progreso que le sea más útil a la evaluación de la memoria que la creación de tal estructura taxonómica.

10. Son preferibles los tests que proporcionan información tanto cualitativa como cuantitativa. La razón para que esto sea así es que los datos cualitativos pueden caracterizar ciertos trastornos y proporcionar información de los errores cometidos y de las estrategias empleadas (Erickson y Howieson, 1986). Por ejemplo, Fuld, Katzman, Davies y Terry (1982) proponen que los errores de intrusión sobre una tarea de listas de palabras (palabras no presentes en el aprendizaje) distinguirían a los ancianos que sufren Alzheimer de los que no lo padecen.

Cabe finalmente resaltar que algunas de la características mencionadas son específicas para población anciana mientras que, en su mayoría, sirven para cualquier tipo de población. Asimismo, otras características adecuadas para personas mayores son el poder contar con procedimientos de aplicación y sistemas de puntuación que estén adaptados a la mayor lentitud de los sistemas sensorial y motor de los ancianos y con diseños de administración que permitan al anciano suficiente tiempo para habituarse a la situación de evaluación y los procedimientos a emplear.



### **3.2.4.5. Hacia una evaluación de la memoria**

La situación actual, con respecto a los instrumentos con los que podemos contar para evaluar la memoria en ancianos deja mucho que desear. La tecnología, hoy en día, no puede sino identificar los problemas de memoria de una forma grosera. Debido a este estado de cosas, diversos autores (Erickson y Howieson, 1986; Erickson, Poon y Wals-Sweeney, 1980; Ferris, Crook, Flicker, Reisberg y Bartus, 1986) han propuesto el diseño de instrumentos comprehensivos de evaluación de la memoria. Por ello, lo que a continuación sigue no pretende ser una propuesta de técnicas e instrumentos concretos para la evaluación de la memoria sino tan sólo un listado comprehensivo de la misma. Hemos recogido las sugerencias realizadas por los expertos en este área del funcionamiento de las personas mayores.

Thompson (1980) propone una sugerente secuencia diagnóstica en la evaluación de la memoria. Si una persona se queja de problemas de memoria y, sin embargo, demuestra una adecuada memoria mediante la evaluación con pruebas objetivas, a la vez que una alta puntuación en depresión, puede que sea esta última la que contribuya a una autoinformación negativa de la memoria. Si las quejas son elevadas, la memoria objetivamente evaluada es adecuada y no existen muestras de depresión, entonces puede existir algún trastorno de ansiedad o estrés. Si las quejas de memoria, la memoria evaluada objetivamente y la depresión presentan todas ellas un nivel bajo, entonces es posible que se trate de problemas neuro-fisiológicos y se recomendarían exámenes neurológicos y de salud con mayor profundidad. Si el número de quejas es alto, la puntuación en pruebas objetivas de memoria es baja y existen altos niveles de depresión, la situación es más complicada que las anteriores. En este caso, debería aplicarse un tratamiento para la depresión y si ésta no remitiera podría hipotetizarse, tal vez, un deterioro orgánico.

De las distintas combinaciones anteriores pueden extraerse diferentes dimensiones relevantes que pudieran intervenir en la evaluación de la memoria: las quejas de memoria que perciben los propios ancianos, la ejecución en pruebas objetivas de memoria y, por último, otras variables como son el estado afectivo o la salud. Estos tres tipos de variables son a nuestro juicio los polos decisivos en la evaluación en éste área de funcionamiento. Por tanto, de acuerdo a Erickson y col. (1980), pensamos que el proceso de evaluación de la memoria debería estar fundamentado en los siguientes tres ejes básicos:

1. El examen de los factores concomitantes, entendiendo éstos como un conjunto de características individuales y ambientales que hagan posible comprender el funcionamiento de la memoria desde un "contexto amplio".
2. El examen de las autopercepciones sobre el propio funcionamiento de la memoria.
3. El examen de una serie de componentes concretos de memoria que abarquen todo el continuo del procesamiento de la información mediante pruebas de ejecución.

### Factores concomitantes

Con ellos nos referimos a la evaluación de una serie de características individuales y ambientales que hacen posible comprender el funcionamiento de la memoria desde un "contexto amplio". Así incluiríamos variables como el estado de salud, estado neuropsicológico, estado afectivo, educación, inteligencia verbal, estresores ambientales y ambiente del sujeto.

## Auto-percepción de memoria

El autoinforme de memoria puede ser de gran utilidad en el proceso de su evaluación (Squire, 1980; Thompson, 1980); Zelinski, Gilewski y Thompson, 1980). Respecto a la autopercepción de la memoria existen un conjunto de razones para su inclusión en una evaluación estándar (Gilewski y Zelinski, 1986). En primer lugar, se ha mantenido que existe una correlación fiable entre las quejas de memoria y la ejecución sobre pruebas objetivas de memoria (Riege, 1982; Zelinski, Gilewski y Thompson, 1980), de tal forma que los ancianos que informan tener más problemas de memoria obtienen peores puntuaciones sobre prueba objetivas. No obstante, la evidencia revisada no es muy consistente acerca de esta afirmación (Chaffin y Herrmann, 1983; Perlmutter, 1978; Rabbit, 1982). Perlmutter (1987), por el contrario, afirma que la relación entre la percepción y la ejecución en memoria es débil y que ello no debe sorprendernos dado que los procedimientos de evaluación no han alcanzado un gran desarrollo. En este mismo sentido, en distintos trabajos efectuados por nosotros (Fernández-Ballesteros, Izal, Hernández, Llorente, Montorio y Guerrero, 1988; 1989; Fernández-Ballesteros, Souto, Díaz, Hernández, Izal y Gallego, 1986; Fernández-Ballesteros, Díaz, Souto, Hernández, Izal y Gallego, 1987) se pone de relieve cómo tras un entrenamiento en estrategias de memoria, un cambio en indicadores objetivos, no conlleva necesariamente, modificaciones en la percepción sobre el funcionamiento mnésico.

La segunda justificación en la evaluación de la autopercepción de memoria es su utilidad para identificar ancianos con demencia (Reisberg, 1986). Según este supuesto, la discrepancia entre las autoevaluaciones de los ancianos y la puntuación en pruebas objetivas sería una variable importante para diferenciar trastornos severos de cambios normales asociados al envejecimiento, ya que los ancianos con un fuerte deterioro tenderían a sobrestimar sus habilidades de memoria.

Pero, además, en tercer lugar, los autoinformes de memoria parecen útiles en la diferenciación entre demencia y depresión (ver epígrafe 3.3 de Depresión). Los ancianos deprimidos tienden a quejarse de su memoria aunque esta sea adecuada, mientras que los ancianos con demencia sobrestiman sus capacidades. En efecto, se ha comprobado que las quejas de memoria están asociadas de forma positiva y significativa con la depresión (Gilewski, 1983).

En cuarto lugar, se puede apuntar que las quejas son importantes en sí mismas, ya que proporcionan una información de cómo se percibe el funcionamiento cognitivo al envejecer. En este sentido, se ha estudiado la variación de la percepción sobre una serie de aspectos a medida que se incrementa la edad de las personas. En la Tabla 7 se puede encontrar un cuadro resumen sobre distintos hallazgos en relación con diferencias debidas a la edad en el conocimiento general de la memoria, en las habilidades de memoria percibidas, en los problemas de memoria percibidos, en el declive de la memoria y en el uso de estrategias mnésicas.

En quinto lugar, dado que la percepción de las propias habilidades de memoria puede influir sobre la ejecución en pruebas de memoria (Poon, Fozard y Treat, 1978), es importante el tener un control de la misma. Además, en la situación de evaluación los cuestionarios son menos intrusivos y amenazantes para el anciano que las diversas pruebas de laboratorio o clínicas comúnmente utilizadas, al mismo tiempo que tienen una mayor validez aparente, por lo que se facilitarían la cooperación del sujeto.

En sexto lugar, la información que se deriva de los autoinformes de memoria puede servir como base para ayudar a la selección de instrumentos adicionales y como criterio para evaluar la efectividad del tratamiento (Erickson, Poon y Walsh-Seeney, 1980) .

Por último, la evaluación de los problemas de memoria del anciano en la vida diaria mediante un formato de autorregistro -según un modelo de análisis funcional- puede servir como un apoyo inmejorable de la evaluación de memoria. En este caso, es posible realizar una evaluación situacional en la que se contemplen los siguientes aspectos: 1) documentar la naturaleza del problema 2) determinar los posibles precipitantes de los problemas de memoria 3) identificar las intervenciones ambientales y comportamentales que pueden formar parte de la intervención.

Por lo que se refiere a los aspectos concretos que evalúan los cuestionarios de autopercepción de la memoria, existe una gran variabilidad entre los distintos instrumentos. Algunos de sus contenidos son los siguientes: 1) percepción de la frecuencia de olvidos, 2) percepción en el cambio de la memoria a través del tiempo, 3) percepción en la severidad del fracaso de la memoria, 4) utilización de estrategias mnésicas, 5) percepción global sobre el funcionamiento de la memoria, 6) conocimientos del funcionamiento de la memoria, 7) percepción de las demandas de la memoria sobre la vida diaria, 8) percepción de memoria para acontecimientos pasados, 9) esfuerzo cuando ocurren olvidos y, por último, 10) relación de la memoria con rasgos de personalidad.

Tabla 7

Resumen de Hallazgos de Estudios de Metamemoria

Aspecto de metamemoria	Estudio	Diferencias
<u>Conocimiento general</u>		
Conocimiento de los procesos básicos de memoria (MIA)	Dixon y Hultsch (1983)	Anciano < Joven
Conocimiento de Memoria (MQ)	Perlmutter (1978)	Anciano = Joven
Tasa de la influencia de la ansiedad en la memoria (MIA)	Dixon y Hultsch (1983)	Anciano = Joven
Importancia percibida de buena memoria (MIA)	Dixon y Hultsch (1983)	Anciano = Joven
Control percibido sobre la memoria	Dixon y Hultsch (1983)	Anciano < Joven
Tasa de recuerdo de acontecimientos pasados (MFQ)	Gilewski, Zelinski, Schaie y Thompson (1983*)	Anciano < Joven
Tasa de severidad de problemas de memoria (MFQ)	Gilewski, Zelinski, Schaie y Thompson (1983*)	Anciano < Joven
Demandas de memoria de la vida diaria (MQ)	Perlmutter (1978)	Anciano = Joven
<u>Percepción de habilidades de memoria</u>		
Percepción de habilidades de memoria (SMQ)	Bennett-Levy y Powell (1980)	Anciano < Joven
Habilidades de memoria informadas (SIME)	Chaffin y Herrmann (1983)	Anciano > Joven
		Anciano > Joven
		Anciano < Joven
Tasa de la capacidad de memoria (MIA)	Dixon y Hultsch (1983)	Anciano < Joven
Juicio general de la memoria (MFQ)	Gilewski y col. (1983)	Anciano > Joven
<u>Problemas de memoria percibida</u>		
Frecuencia de problemas de memoria	Gilewski, Zelinski, Schaie y Thompson (1983*)	Anciano > Joven
Número de problemas informados (MQ)	Perlmutter (1978)	Anciano > Joven
Frecuencia de fracasos de memoria	Sunderland, Harris y Baddeley (1984)	Anciano > Joven
<u>Deterioro por la edad percibido</u>		
Juicio del deterioro de memoria (MIA)	Dixon y Hultsch (1983)	Anciano > Joven
Juicio retrospectivo del deterioro (MFQ)	Gilewski, Zelinski, Schaie y Thompson (1983)	Anciano > Joven
Expectativa del deterioro de memoria	Perlmutter (1978)	Anciano > Joven
Percepción del deterioro en las habilidades de memoria	Williams, Denney y Schadler (1983)	Anciano > Joven
<u>Estrategia utilizada</u>		
Uso de estrategia y anemónicos informados (MIA)	Dixon y Hultsch (1983)	Anciano = Joven
Uso de anemónicos utilizados (MFQ)	Gilewski, Zelinski, Schaie y Thompson (1983)	Anciano = Joven
Uso de estrategias utilizadas (MQ)	Perlmutter (1978)	Anciano = Joven
Uso de estrategias utilizadas	Weinstein y col., 1981	Anciano = Joven

Con respecto a los instrumentos concretos de autoevaluación de la memoria utilizados para ancianos, se pueden encontrar descritos en las Tablas 8 y 9 los 10 cuestionarios más conocidos. Asimismo, en la Tabla 10 se puede encontrar 10 de los más frecuentes aspectos autopercebidos así como los cuestionarios que incluyen cada una de estos contenidos. Por cuestiones de empleo de espacio, únicamente en la Tabla 8 consta el nombre original del instrumento.

Se recogen a continuación algunas sugerencias y recomendaciones que pueden resultar útiles a la hora de seleccionar y aplicar cuestionarios de auto-evaluación de la memoria (Gilewski y Zelinski, 1986). Obviamente, no es recomendable el uso de aquellos cuestionarios cuyas propiedades psicométricas no han sido determinadas. Aún así, entre los cuestionarios que carecen de propiedades psicométricas, pueden ser útiles el Cuestionario de Metamemoria (Metamemory Questionnaire, Niederehe y col., 1981) cuando el interés sea obtener una información cualitativa detallada y el Cuestionario de Quejas de Memoria (Memory Complaints Questionnaire, Zarit y col., 1981) cuando se requiera un cuestionario muy breve.

Los dos cuestionarios desarrollados para población adulta, Inventario de Experiencias de Memoria y el Inventario Abreviado de Experiencias de Memoria (Inventory of Memory Experiences, Herrmann y Neisser, 1978; Short Inventory of Memory Experiences Herrmann, 1979) son de dudosa validez para población anciana. El Cuestionario de Memoria Wadsworth (Wadsworth Memory Questionnaire, Goldberg y col., 1981) y el Autoinforme de Memoria (Memory Self-report, Riege, 1982) son cuestionarios que aún necesitando un mayor desarrollo psicométrico ofrecen muchas posibilidades ya que son breves y han sido desarrollados exclusivamente para ancianos. Además, el Autoinforme de Memoria está realizado de tal forma que las categorías pueden relacionarse con tipos específicos de tareas de laboratorio.

Por último, en general, se puede considerar que el Cuestionario de Metamemoria en Adultos (*Experiences Metamemory in Adulthood*, Dixon y Hultsch, 1983) y el Cuestionario de Funcionamiento de Memoria (*Memory Functioning Questionnaire*, Gilewski y col., 1983) y el Cuestionario de Metamemoria (*Metamemory Questionnaire*, Zelinski y col., 1980) son los tres instrumentos más aconsejables. Por esta razón, les dedicamos seguidamente una mayor atención.

*Cuestionario de Metamemoria en Adultos (Metamemory in Adulthood,  
Dixon y Hultsch, 1983*

Este instrumento es un cuestionario altamente comprehensivo que incluye múltiples áreas, incluida la metamemoria. Otra de sus singularidades es su intento en permitir evaluar factores de personalidad relacionados con la autopercepción de memoria. Tiene una amplia validación psicométrica (validez de contenido, consistencia interna y estructura factorial). Por lo que respecta a la ventaja que este cuestionario posee sobre el Cuestionario de Funcionamiento de la Memoria (*Memory Functioning \*\*\*Questionnaire* (Gilewski y col., 1983) y el Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col., 1980) estaría en que va más allá de las quejas de memoria en la vida diaria, haciéndose aconsejable en tareas de investigación donde se requiera información sobre autoconocimiento de memoria (p. ej., ¿Cree que es más fácil recordar cosas organizadas que las que no lo están?) y conocimiento de habilidades de memoria (p. ej., ¿Le resulta fácil recordar nombres de personas?). Por último, uno de sus principales inconvenientes es su excesiva longitud.



Tabla 8

CUESTIONARIOS DE EVALUACION DE LA MEMORIA UTILIZADOS CON ANCIANOS

Autor (es)	Cuestionario	Número ítems	Publi- cado	Tipo de escala	Medida dependiente
Propiedades psicométricas no examinadas					
Perleutter (1978)	Cuestionario de Memoria (Memory Questionnaire)	60	Si	4 y 10 puntos	5 puntuaciones
Zarit y col. (1981)	Cuestionario de Quejas de Memoria. (Memory Complaints Questionnaire)	12	No	3-11 puntos	Puntuación total
Niedereh y col. (1981)	Cuest. de Metamemoria (Metamemory Questionnaire)	134	No	varios	-
Hulicka (1982)	Autoevaluación de Memoria (Self-assess. of Memory Questionnaire)	45+	No	-	Puntuación total
Propiedades psicométricas examinadas					
Herrmann y Meisser (1978)	Inventario de Experiencias de Memoria (IME)  (Inventory of Memory Experiences)	72	Si	7 puntos	Parte F: 8 fact. +total Parte R: 3 puntuaciones
Herrmann (1979)	Inventario breve de Exp. de Memoria (SIME) (Short Inventory of Memory Experiences)	32	No	7 puntos	Parte F: 8 fact. Parte R: 2 punt.
Zelinski y col. (1980)	Cuest. de Metamemoria (Metamemory Questionn.)	92	Si	7 puntos	9 escalas
Gilewski y col. (1983)	Cuestionario de Funcion. de Memoria (MFQ) (Memory Functioning Questionnaire)	64	No	7 puntos	7 escalas
Goldberg y col. (1981)	Cuestionario de Memoria Wadsworth (VMQ) (Wadsworth Memory Questionnaire)	35	No	5 puntos	-
Riege (1982)	Cuestionario de autoeva- ción de Memoria (Memory Self-report)	30	Si	4 puntos	4 escalas
Sunderland y col. (1983)	Cuestionario de Memoria Diaría (Everyday Memory Questionnaire)	35	Si	5 puntos	Puntuación total
Dixon y Hultsch (1983)	Metamemoria en Adultos (Metamem. in Adulthood)	120	No	5 puntos	8 factores

Tomado de Gilewski y Zelinski (1986)

**Tabla 9**  
**CUESTIONARIOS DE EVALUACION DE LA MEMORIA:**  
**PROPIEDADES PSICOMETRICAS**

Questionario	n (rango de edad)	Análisis factorial	Fiabilidad	Uso con ancianos
Inventario de Experiencias de Memoria (INE) (Herrmann y Neisser, 1978) y Inventario breve de Experiencias de Memoria (SINE) (Herrmann, 1979)	205 Estudiantes	Parte F: 8 componentes principales	.15-.74 (ítems) (test-retest)	Cordonl (1981) Goldberg y col. (1981) Terry (1982) Chaffin y col. (1983)
Quest. de Metamemoria y (Zelinski y col., 1980) Questionario de Funcionamiento de Memoria (MFQ)	903 (16-89)	3 factores comunes	.82-.93 (escalas) (consist. int.) .22-.64 (escalas) (test-retest)	Zelinski y col. (1980) Popkins y col. (1982) Gilewski (1983) Lott y Scogin (1983) Gilewski y col. (1983)
Questionario de Memoria Hudsworth (VMQ) (Goldberg y col., 1981)	123 (51+)	6 factores comunes	-	Goldberg y col. (1981)
Questionario de Autoevaluación de Memoria (Riege, 1982)	60 (21-84)	4 clusters	.80 (interjueces)	Riege (1982)
Questionario de Memoria Diaria (Sunderland y col., 1983)	102 (16-65)	Constructo unidimensional	-	Harris y col. (1981)
Metamemoria en Adultos (Dixon y Hulstsch, 1983b)	378 (18-81)	9 factores correlacionados	.61-.91 (consist. int.)	Dixon y Hulstsch (1983a) Dixon y Hulstsch (1983b)

Tomado de Gilewski y Zelinski (1986)

Tabla 10

CUESTIONARIOS DE MEMORIA: DIMENSIONES

Dimensión	Cuestionario
Frecuencia de olvido	(10) Todos
Cambio de la memoria en el tiempo/ diferencias percibidas entre grupos de edad	(8) Inventario de Experiencias de Memoria, Cuestionario de Quejas de Memoria, Cuestionario de Memoria, Metamemoria en Adultos, Cuestionario de Metamemoria (Niedershe y col.), Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col.), Cuestionario de Autoevaluación de Memoria, Cuestionario de Memoria Wadsworth
Severidad del fracaso de memoria	(5) Inventario de Experiencias de Memoria, Cuestionario de Quejas de Memoria, Cuestionario de Metamemoria (Niedershe y col.), Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col.), Cuestionario de Memoria Wadsworth
Uso de estrategias mnésicas	(4) Cuestionario de Memoria, Metamemoria en Adultos, Cuestionario de Metamemoria (Niedershe y col.), Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col.)
Juicio global del funcionamiento de la memoria	(4) Cuestionario de Quejas de Memoria, Cuestionario de Metamemoria (Niedershe y col.), Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col.), Cuestionario de Autoevaluación de Memoria
Conocimientos de memoria	(3) Cuestionario de Memoria, Metamemoria en Adultos, Cuestionario de Metamemoria (Niedershe y col.)
Demandas de memoria sobre la vida diaria	(3) Cuestionario de Memoria, Cuestionario de Metamemoria (Niedershe y col.), Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col.)
Memoria para acontecimientos pasados	(2) Cuestionario de Quejas de Memoria, Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col.)
Esfuerzo cuando ocurren olvidos	(2) Inventario de Experiencias de Memoria, Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col.)
Relación de Memoria con rasgos de personalidad	(1) Metamemoria en Adultos

Tomado de Gilowski y Zelinski (1986)

*Cuestionario de Metamemoria (Metamemory Questionnaire, Zelinski y col., 1980)*

Este cuestionario consta de 92 elementos distribuidos en nueve escalas: "juicio global", "dependencia de memoria", "funcionamiento retrospectivo", "frecuencia de olvido", "frecuencia de olvido al leer", "recuerdo de acontecimientos pasados", "severidad", "utilización de estrategia mnésicas y esfuerzo para recordar". En la Tabla 11 puede encontrarse ejemplos de elementos para cada una de las categorías. Los elementos se puntúan sobre una escala tipo-Likert de 7 puntos, de modo que una puntuación más alta indica una autoevaluación más positiva de la memoria. La consistencia interna de la escala, según el alfa de Cronbach, es alta, variando de .82 a .93 según las diferentes escalas. La fiabilidad test-retest sobre un periodo de tres años varía de .22 a .64.

En un análisis factorial realizado con esta escala (Gilewski y col., 1983) se encontraron tres factores principales: "frecuencia de olvido", "severidad" y "funcionamiento retrospectivo/mnemónico". Este análisis llevó a eliminar 28 de los 92 items. La nueva versión de la escala pasó a denominarse Cuestionario de Funcionamiento de Memoria (MFQ, Gilewski y col., 1983).

*Cuestionario de Funcionamiento de Memoria (Memory Functioning Questionnaire, MFQ, Gilewski y col., 1983).*

Los autores indican un conjunto de ventajas sobre el resto de la escalas. En primer lugar, ha sido administrado a un mayor número de ancianos (N=903) que cualquier otro instrumento del mismo tipo. Las investigaciones que se han hecho con ancianos muestran correlaciones significativas entre autoinforme de memoria, depresión y ejecución en pruebas objetivas (Gilewski, 1983; Lott y Scogin, 1983; Popkins, Gallagher, Thompson y Moore, 1982). Por otro lado, en cuanto a las desventajas se

puede señalar que además de no contar con una puntuación final, el cuestionario puede ser excesivamente largo para su administración incluso en la versión más corta y, por último, la estructura factorial no es la misma para todos los grupos de edad.

**Tabla 11**  
**Cuestionario de Metamemoria (Zelinski y col., 1980)**  
**Ejemplo de elemento por dimensión .**

Dimensión	Ejemplo
1. Juicio global	¿Como juzgaría su memoria en función de los tipos de problemas que tiene?
2. Dependencia de memoria	¿Con qué frecuencia necesita depender de su memoria sin utilizar ayudas de recuerdo tales como hacer una lista, cuando está ..... a) actividades sociales?
3. Funcionamiento retrospectivo	¿Cómo es su memoria ahora comparada a como era ..... ... b) hace un año?
4. Frecuencia de olvido	¿Cuál es la frecuencia con la que le ocurre los siguientes problemas ..... a) recordar nombres?
5. Frecuencia de olvido al leer	Cuándo lee una novela, ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar lo que ha leído ..... a) en los capítulos iniciales?
6. Recuerdo de acontecimientos pasados	¿Cómo de bien recuerda las cosas que le sucedieron ..... a) en el último mes?
7. Severidad	¿Cuándo se olvida de algo en las siguientes situaciones
8. Utilización de estrategia mnésicas	¿Con qué frecuencia utiliza técnicas para recordarse cosas a si mismo ..... a) una agenda?
9. Esfuerzo para recordar	¿Cuánto esfuerzo empleas usualmente para recordar en las siguiente situaciones ..... a) nombres?

Adaptado de Gilewski y Zelinski (1986)

## Pruebas de Ejecución de Memoria

Las pruebas para evaluar los componentes concretos de memoria mediante pruebas de ejecución pueden ser agrupadas en dos categorías. Por una parte, aquellas que podríamos denominar "baterías de evaluación" o instrumentos generales de evaluación compuestos por un conjunto de subpruebas que evalúan diferentes aspectos del funcionamiento de la memoria y, por otro lado, pruebas o tareas específicas que evalúan aspectos concretos, no estando englobadas en ninguna batería de orden superior. A continuación, revisaremos los principales "instrumentos generales" de evaluación de memoria contruidos para ancianos o frecuentemente utilizadas con dicha población y, posteriormente, examinaremos algunas pruebas individuales de indudable interés para una adecuada evaluación de la memoria.

### Instrumentos generales de evaluación

En otra parte de este mismo capítulo, hicimos referencia a un conjunto de instrumentos de evaluación de la memoria. Vamos, ahora, a proceder a la revisión de tres escalas de memoria concretas con mayor profundidad. Estas son la escala más conocida y utilizada (Wechsler Memory Scale, 1945) y otras dos escalas que han aparecido en la última década como respuesta a los numerosos problemas de la anterior y que cuentan específicamente con datos normativos para ancianos: Guild Memory Test (Crook, Gilbert y Ferris, 1980) y New York University Memory Test (Randt, Brown y Osborne, 1980).

***Escala de Memoria Wechsler (Wechsler Memory Scale, Wechsler, 1945).***

Esta escala, la más conocida y utilizada en la evaluación de la memoria, consta de siete subtests:

- . Datos personales e información general.
- . Orientación inmediata. Consta de cinco preguntas simples destinadas a la orientación (espacio-temporal) inmediata del sujeto.
- . Control mental. A su vez, tiene tres ejercicios. Contar hacia atrás, decir el alfabeto y contar de tres en tres. Las tres pruebas tienen limitación de tiempo.
- . Memoria lógica. Se compone de dos textos que son leídos al sujeto. Tras su lectura, debe recordar el máximo número de ideas posibles.
- . Memoria de dígitos. Este subtest consiste en la presentación verbal de series de dígitos que deben repetirse en el orden normal o en orden inverso.
- . Reproducción visual. Está compuesta por tres tarjetas en las cuales hay una figura que el sujeto ha de reproducir tras un determinado tiempo de exposición.
- . Pares asociados. Consta de 10 pares de palabras que son leídas al sujeto. A continuación, se le presenta la primera palabra de cada par y el sujeto debe recordar la otra. Este ejercicio se realiza tres veces, variando el orden de los pares.

La puntuación final se calcula sumando el número de errores cometidos en los distintos subtests. La puntuación directa total ha de ser convertida en un cociente mnésico que estará en función de la edad. En España existe una adaptación de los subtests Memoria lógica, Memoria de Dígitos y Pares Asociados publicada por TEA y otra adaptada por Fernández-Ballesteros (1976/77). Erickson y Scott (1977) realizan una revisión de esta escala encontrando tres problemas principales, como son, la inadecuada conceptualización, no ser inutilizable con gran parte de los sujetos con deterioro y no estar validada con ancianos. Poon, Gurland, Eisdorfer, Crook, Thompson, Kaszniak y

Davis (1986) mencionan otra serie de inconvenientes: inexistencia de datos normativos para cada uno de los subtests; escaso poder predictivo; ausencia de medidas de memoria a largo plazo y, por último, indiferenciación entre modalidades específicas de memoria. Otros problemas atribuidos a esta escala son su débil validez de contenido (Cunninghman, 1986) y la diferencia en el grado de dificultad de las dos formas paralelas (Lezak, 1983).

A la vista de estos problemas, se han realizado algunos intentos para recoger las críticas sobre esta escala y mejorar sus procedimientos y normas (Hulicka, 1966; Power, Logue, Mc Carthy, Rosenstiel y Ziesat, 1979; Russell, 1975) aunque ninguno de ellos ha resultado especialmente convincente (Erickson, Poon y Walsh-Sweeney, 1980).

#### *Test de Memoria Guild (Guild Memory Test, Gilbert y col., 1968, 1971)*

Este instrumento fue elaborado por Gilbert, Levee y Catalano (1968) y Gilbert y Levee (1971) y ha sido revisado para su uso con ancianos por Crook, Gilbert y Ferris (1980). Incluye los siguientes subtests: "recuerdo de dígitos", "recuerdo inmediato y demorado de un texto", "recuerdo inmediato y demorado de pares asociados" y "recuerdo de figuras". Una característica positiva de este instrumento es la realización de baremos para cada subtest, teniendo en cuenta la edad y la puntuación obtenida en la escala de vocabulario del WAIS. Otro aspecto, igualmente positivo, es su capacidad de discriminar entre ancianos con deterioro medio y con deterioro moderado, en todos los subtests que lo componen (Ferris, Crook, Flicker, Reisberg y Bartus, 1986). En cuanto a las críticas, parece demasiado complejo para ser utilizado con personas que presentan déficits medios y con dificultades en la memoria terciaria (Riege, Harker y Metter, 1986).



***Escala de de Memoria de la Universidad de Nueva York ((NYU Memory Test, Randt, Brown y Osborne, 1980)***

Este instrumento consta de un conjunto de pruebas elaborado para población anciana. Incluye subtests de información general, aprendizaje de material verbal, aprendizaje de pares asociados, reconocimiento de figuras y aprendizaje incidental. Algunos de los subtests cuentan con recuerdo demorado tras 24 horas. Asimismo, tiene cinco formas alternativas para poder realizar administraciones repetidas. Erickson y Howleson (1986) señalan que tiene una serie de ventajas sobre la Escala Wechsler: proporciona medidas de aprendizaje y recuerdo de múltiples tareas, obtiene recuerdo para distintos intervalos de demora e incluye aprendizaje incidental. Sin embargo, tiene el mismo inconveniente que puede tener la escala Wechsler, una alta influencia del componente verbal (Lezak, 1983). Además, el subtest que implica el recuerdo de una historia se parece más al recuerdo de una lista de palabras que a una tarea de prosa. Finalmente, la fiabilidad y validez de la escala aún no ha sido comprobada.

**Tareas específicas de evaluación del funcionamiento mnésico**

Las pruebas que se describirán en este apartado evalúan componentes específicos del funcionamiento de la memoria. Entre este tipo de tareas se hallan distintas propuestas de evaluación del déficit cognitivo en ancianos normales y ancianos con un leve a moderado deterioro. En la Tabla 12 se presenta una propuesta de evaluación en este sentido (Ferris, Crook, Flicker, Reisberg y BartusM, 1986), especificándose los distintos subcomponentes que intervienen en los procesos cognitivos. Así también, en la Tabla 13 se muestran tareas mediante las que se podría evaluar la mayor parte de los distintos subcomponentes de la memoria.

**Tabla 12**  
**Procesos cognitivos y subcomponentes**

Procesos cognitivos	Subcomponentes
<b>Memoria</b>	
Memoria primaria (Corto-plazo; inmediata)	
Memoria secundaria (Largo-plazo; reciente)	Memoria verbal y no-verbal/espacial Almacenamiento y recuerdo Memoria asociativa Profundidad de procesamiento Memoria controlada y automática
Memoria terciaria (remota)	Memoria episódica y semántica Capacidad lingüística
<b>Otras funciones cognitivas</b>	
Atención	Activación general Atención selectiva Vigilancia
Velocidad	Velocidad motora Velocidad perceptual Velocidad sensorio-motriz Velocidad de procesamiento central
Funciones cognitivas superiores	Orientación espacial Habilidades constructivas Aprendizaje de conceptos Solución de problemas Toma de decisiones

Adaptado de Ferris, Crook, Flicker, Reisberg y Bartus (1986)

Aunque los procesos de memoria sean el principal objetivo de la evaluación cognitiva propuesta, ya que es aquí donde fundamentalmente se ven afectados los ancianos, deben tenerse en cuenta otro tipo de tareas que responden a distintos procesos cognitivos que intervienen en el continuo del procesamiento de la información, en el registro, aprendizaje y recuerdo (Erickson, Poon y Walsh-Sweeney, 1980).

**Tabla 13**  
**Pruebas de evaluación cognitiva propuesta**

Procesos cognitivos	Prueba
<b>Tarea de memoria</b>	
Memoria Primaria	Tarea del teléfono Tarea de Brown-Peterson Tarea de Sternberg
Memoria Secundaria	Verbal: Lista de compras No verbal: Reconocimiento de caras Especial: Tarea de objetos perdidos Asociativa: Tarea nombre-apellido Tarea cara-nombre
Memoria terciaria	Tarea de recuerdo de categorías
Otras tareas cognitivas	
Atención	Test de ejecución continua
Velocidad	Motora: Tarea finger-tapping Perceptual: test de velocidad perceptual Sensorio-motriz y procesamiento central: Subtest de Dígitos (WAIS), Tarea de tiempo de reacción

Adaptado de Ferris, Crook, Flicker, Reisberg y Bartus (1986)

En primer lugar, la capacidad de registrar y retener información en un periodo breve de tiempo (memoria primaria) ha sido evaluada mediante el recuerdo inmediato de palabras, letras, dígitos y otro material no verbal. La aplicación de estímulos familiares (números de teléfono, códigos postales, direcciones de calles) facilita la administración de la prueba y le confiere una mayor validez externa. De la propuesta presentada en la Tabla 13 la Tarea del Teléfono es la única que cuenta con validez externa. En esta tarea (Crook, Ferris, Mc Carthy y Rae, 1980), el estímulo está formado por códigos de provincia de tres dígitos, números de 7 cifras y 10

combinaciones de los dos anteriores presentados aleatoriamente. Inmediatamente a la presentación el sujeto debe marcar el número de teléfono sobre un teléfono real. Se ha comprobado que esta prueba es sensitiva a los efectos del envejecimiento y de la demencia (Crook y col., 1980). Otra de las dos tareas restantes de evaluación de la memoria primaria, la Tarea de Sternberg (Sternberg, 1969), consiste en la presentación sucesiva de series de 1 a 6 dígitos, seguidas de intervalo de demora y finalmente se presenta un elemento de sondeo sobre el que el sujeto debe decidir si pertenece al conjunto de estímulos anteriormente presentados. Por último, la Tarea de Brown-Peterson (Brown, 1958; Peterson y Peterson, 1959) consiste en la presentación bien de un "trigrama" de consonantes bien de tres palabras, tras lo cual, se pide al sujeto que recuerde los estímulos ya sea en forma ineditamente ya sea con diferentes intervalos de demora. Entre la presentación y el recuerdo (hasta 18 segundos) el sujeto debe realizar una tarea distractora (p. ej., contar hacia atrás). Las pruebas de Stenberg y de Brown-Peterson son sensibles a los efectos de la edad, aunque tienen el inconveniente que ancianos con un deterioro medio no pueden realizarlas, por lo que se recomienda crear procedimientos similares más sencillos con una mayor validez externa (Ferris y col., 1980).

Debe señalarse respecto a las pruebas que evalúan memoria a corto-plazo - como es el caso de estas tres últimas- que no es necesaria su administración a menos que se sospeche de un déficit atencional o una demencia (Erickson y Howieson, 1986), lo cual es preciso conocer para mejorar el proceso de evaluación.

Al contrario que las pruebas anteriores, todas las pruebas de memoria secundaria que se presentan en la Tabla 13 tienen una excelente validez ecológica. La Tarea de Lista de Compra (Mc Carthy, Ferris, Clark y Crook, 1981) consiste en el recuerdo selectivo de listas compuestas por 10 alimentos comunes que pueden ser comprados en cualquier supermercado. Según los resultados obtenidos por sus autores, resulta sensible a los efectos de la edad y a la demencia, así como también se ha

mostrado sensible a los efectos de farmacología (Ferris, Reisberg, Crook, Friedman, Schneck, Mir, Sherman, Corwin, Gershon y Bartus, 1982). Las Tareas Nombre-Apellido y Cara-Nombre (Clark, Ferris, Crook y Mc Carthy, 1982) evalúan memoria asociativa para información verbal-verbal y visual-verbal, respectivamente. La primera de ellas, valora los aciertos en el recuerdo tras una presentación de 1, 3, 5 ó 7 pares de nombre-apellido, mientras que la segunda evalúa el aprendizaje de pares asociados de 4 pares cara-nombre (3 presentaciones de pares cara-nombre con ensayo de recuerdo y posteriormente recuerdo demorado). Estas pruebas se han mostrado sensibles para diferenciar jóvenes, ancianos y ancianos con deterioro (Clark y col., 1982).

Para la evaluación de la memoria no-verbal, se recomienda la Tarea de Reconocimiento Facial (Ferris y col., 1980), que consiste en presentar al sujeto una secuencia de fotografías no familiares, algunas de las cuales se hallan repetidas. Tras la presentación de cada una de las fotografías, el sujeto debe decidir si es la primera vez que la ve o bien ya le ha sido presentada anteriormente; el tiempo transcurrido entre la presentación de fotografías repetidas varía de forma sistemática. Sus autores elaboraron una versión posterior en la que la prueba era administrada como una serie de tres ensayos de aprendizaje seguidos de un ensayo de reconocimiento demorado. La Tarea de Objetos Perdidos (Crook, Ferris y Mc Carthy, 1979) es de naturaleza visoespecial y está basada en la habitual queja de no recordar donde se ha dejado un objeto de uso frecuente. En esta tarea, el sujeto coloca la representación de 10 objetos de uso común (p. ej., gafas) sobre una representación de una casa de 10 habitaciones, posteriormente, debe recordar donde colocó los objetos. Se ha encontrado que la tarea es sensible a la edad y la demencia senil.

Por último, la Tarea de Recuerdo con Categorías evalúa la memoria terciaria semántica. La tarea implica generar palabras de categorías semánticas de alta o baja frecuencia. También, a causa de que evalúa fluidez verbal se la puede considerar como

medida de funcionamiento lingüístico. Algunos autores, como Erickson y Howieson (1986), señalan que no es necesario en todos los casos evaluar memoria remota ya que incluso en estados iniciales de la enfermedad de Alzheimer, esta puede permanecer intacta.

El resto de las tareas que aparecen en la Tabla 13 evalúan otros aspectos cognitivos relacionados, si bien carecen de validez ecológica. No obstante, la Tarea "Finger-tapping" (Lehmann y Ban, 1970) -que implica presionar rápida y repetidamente una palanca con el dedo índice en intervalos de 15"-, el Test de Velocidad Perceptiva (Moran y Mefferd, 1959), el Test de Dígitos (WAIS, 1981), el Tarea de Tiempo de Reacción (Ferris, Crook, Sathananthan y Gershon, 1976) y el Test de Ejecución Continua (Kornetsky, 1972) son medidas sensibles al envejecimiento y la demencia (Crook y col., 1977; Reisberg y col., 1986).

No queremos dejar de señalar una recomendación sobre la elección de las pruebas de tiempo de reacción. Flicker y col. (1984) destacan la conveniencia de utilizar tiempos de reacción con tarea de elección, ya que probablemente éstos son más sensibles a cambios en la capacidad del procesamiento cognitivo que los tiempos de reacción simple. Así, por ejemplo, una tarea de gran validez ecológica puede ser aquella en la que al sujeto se le presenta una representación de dos edificios y tras un periodo de tiempo variable, se dispara una luz y se incendia uno de ellos. Al sujeto se le instruye para que de la alarma presionando el botón del mismo lado que el edificio incendiado.

Otra de las características cognitivas, la Competencia Espacial, es de gran importancia en la vejez dada su implicación en el mantenimiento de una vida independiente. En la revisión realizada por Georgemiller y Hassan (1986), se señala que la literatura sugiere que las capacidades espaciales se deterioran durante el

envejecimiento normal tanto en ancianos que viven en la comunidad (Evans, Brennan, Skorpanich y Held, 1984; Light y Zelinski, 1983; Perlmutter, Metzger, Nezworski y Miller, 1981) como en ancianos que viven en residencias (Herman y Bruce, 1981; Norris y Krauss, 1982). Por ejemplo, en un estudio (Weber, Brown y Weldon, 1978) en el que se pidió a un grupo de 20 ancianos residentes que identificaran distintos sitios de la residencia a través de diapositivas, se encontró que se reconocían el 66% de los lugares, pero sólo se localizaron correctamente, aproximadamente, un 10%.

El decremento de la competencia espacial lleva a una utilización reducida del ambiente. Estos déficits contribuyen a disminuir el territorio utilizado y el número de actividades que se realizan y a restringir el espacio social de los ancianos, en definitiva, se producirá una "regresión en el comportamiento" y una disminución en la posibilidad de obtener refuerzos -sociales y materiales- (Walsh, Kraus y Regnier, 1981). Además, la disminución de exposición ambiental puede causar a muchos ancianos la pérdida habilidades cognitivas que haberse mantenido con un nivel de estimulación más alta (Norris y Kraus, 1982). En definitiva, parece desde todo punto de vista interesante evaluar posibles déficits en habilidades espaciales, lo que, por otra parte, permitiría tomar medidas preventivas o compensatorias. Así, por ejemplo, incitaciones verbales por parte del personal o la colocación de indicadores de dirección, señales, mapas u otros medios de orientación pueden compensar y favorecer la competencia personal.

Entre las distintas dimensiones que pueden ser evaluadas en relación con la orientación espacial (Benton, 1969), las más relevantes para los ancianos son la habilidad de hallazgo de rutas, habilidad de aprendizaje de rutas y la memoria topográfica. Con respecto, a la habilidad de hallazgo de rutas, las personas que tienen déficit en ella son incapaces de seguir una ruta y encontrar la forma de llegar a un determinado lugar, Este fenómeno es relativamente independiente de la memoria topográfica y de la capacidad de describir verbalmente rutas familiares (Georgemiller y Hassan, 1986) La investigación sugiere que, además de deteriorarse por la edad, la

habilidad de hallazgos de rutas se ve afectada por atributos ambientales y de la propia tarea (Gaylord y Marsh, 1975; Herman y Coyne, 1980; Kraus, Quayhagen y Schaie, 1980; Norris y Kraus, 1982) . Su evaluación ha estado centrada tradicionalmente en la ejecución del anciano en la vida real (p. ej., desplazarse a una tienda determinada). Sin embargo, los costes de estos procedimientos han llevado a buscar procedimientos alternativos, como, por ejemplo, tareas de memoria espacial y de habilidades de rotación que son fáciles de administrar y que emplean estímulos ecológicamente válidos como son los dibujos de naipes (Stafford, Krauss, Divgi y Schaie, 1984) . Estas pruebas presentan una moderada correlación con el subtest de Espacio del PMA ( $r = .40$ ).

Los problemas en la segunda de las habilidades espaciales reseñadas, habilidad de aprendizaje de rutas, se definen como el fracaso -o gran lentitud- en aprender disposiciones espaciales incluso después de haber estado expuesto repetidamente a las mismas. Se caracteriza como un déficit de la memoria a corto plazo en localización espacial (Benton, 1969). Para la evaluación de este área concreta, tanto el Test de Retención Visual de Benton (Benton, 1974) como el "Five Novel Tasks" (Stafford, Krauss, Divgi y Schaie, 1984) se han utilizado frecuentemente con ancianos. Otros autores, haciendo especial hincapié en el tema de la validez ecológica, han desarrollado tareas para evaluar la memoria visual (Light y Zelinski; 1983; Perlmuter, Metzger, Nezworski y Miller, 1981). Por ejemplo, estos últimos pidieron a ancianos que estudiaran un pequeño mapa que contenía dibujos de 8 a 12 sitios concretos (p. ej., iglesia) y, posteriormente, se les planteó bien una tarea incidental, bien una tarea intencional mediante el recuerdo de la estructura o de la estructura y la localización conjuntamente.

La memoria topográfica es la última de las dimensiones que hemos considerado relevantes en la evaluación de la orientación espacial. Un déficit en este área supone una incapacidad para recordar rutas familiares o características espaciales de lugares conocidos. Sin embargo, otras habilidades como el hallazgo de rutas, la memoria visual a corto plazo y las habilidades de localización permanecen intactas



(Benton, 1969) así como tampoco tiene que existir necesariamente una pérdida generalizada de la memoria (Ratcliff, 1982). Este déficit parece responder a una incapacidad en poder evocar de nuevo las imágenes visuales ya establecidas. En cuanto, a las estrategias de evaluación de la memoria topográfica, una forma cómoda y rápida de hacerlo es pedir al paciente que describa verbalmente y después dibuje rutas y estructuras espaciales conocidas (p. ej., plano de su casa; diagrama de las calles de su barrio) (Georgemiller y Hassan, 1986) . Los criterios para valorar los mapas serían la exactitud, lo completo de la representación y la complejidad del mismo. Otro posible sistema de evaluación de la memoria topográfica que tiene una gran validez ecológica, evalúa la memoria de localización de lugares familiares urbanos (Evans y col., 1984).

Resumiendo lo anteriormente expuesto sobre el funcionamiento de la memoria en la vejez puede señalarse que entre los distintos procesos que conforman la cognición humana, ninguno ha suscitado tanto interés, en relación con el grupo de población de más edad, como los procesos de memoria. Determinar las diferencias que se producen como consecuencia de la edad es necesario para una adecuada evaluación de la memoria. La evidencia empírica ha demostrado que el almacén de memoria secundaria es el principal responsable del deterioro de la capacidad de memoria en los ancianos, así como también se ha establecido que tanto los déficits en la codificación como en la recuperación de la información intervienen en la baja ejecución de las personas mayores. Así también, variables individuales, ambientales y de la propia tarea (especialmente, tareas con estímulos familiares) influyen en la ejecución en pruebas de memoria, estableciéndose así una cierta flexibilidad en el funcionamiento de la memoria de los ancianos.

En segundo lugar, se ha tratado de poner de relieve la necesidad de identificar los principales objetivos y componentes implicados en la evaluación de las personas mayores, así como de los criterios en la elección de técnicas de medida. Por lo que se refiere al propio proceso de evaluación de la memoria, éste debería ir dirigido a los siguientes aspectos:

- a) Examen de los factores concomitantes (otras características individuales y ambientales intervinientes) que pueden modular, influir o mantener determinados niveles de ejecución en el funcionamiento de la memoria.
- b) Examen de las autopercepciones sobre el propio funcionamiento de la memoria, el cual se ha mostrado especialmente útil en el proceso diagnóstico.
- c) Examen de una serie de componentes concretos de memoria que abarquen todo el continuo de procesamiento de la información mediante pruebas de ejecución. Aquí, cabrían dos posibilidades. Por una parte, es posible utilizar "instrumentos generales" de evaluación de memoria tales como las bien conocidas Escalas Wechsler, aunque generalmente, este tipo de instrumentación es fuertemente criticada por motivos conceptuales y psicométricas. Por otra parte, es posible evaluar componentes específicos del funcionamiento de la memoria mediante tareas específicas adaptadas de paradigmas experimentales de laboratorio, un buen número de las cuales han sido analizadas en este trabajo.

### **3.3. EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO AFECTIVO EN LA VEJEZ: LA DEPRESION**

---

#### **3.3.1. Introducción**

Entre los distintos aspectos que conforman el funcionamiento afectivo en la vejez, la depresión -o la presencia de algunas manifestaciones depresivas-, reviste un especial interés por ser el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez (Butler y Lewis, 1982). Distintos autores han puesto de manifiesto que, al igual que para otros grupos de edad, lo más apropiado para la comprensión de este fenómeno es la adopción de un modelo biopsicosocial (Gallagher y Thompson, 1983; Moon y Baum, 1987), que al incluir simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales permita comprender, evaluar y tratar los diversos factores que interactúan en la depresión.

Desde un punto de vista biológico, los cambios bioquímicos y fisiológicos pueden contribuir a la depresión. Así, los cambios en el sistema endocrino, neurológico y en la fisiología pueden contribuir significativamente a la depresión en la vejez (Levy, 1980). Desde una perspectiva psicológica, la manera en la que una persona se adapta al proceso de envejecimiento, especialmente al incremento de las pérdidas (sociales, sensoriales) puede contribuir a un aumento de la vulnerabilidad a la depresión. Por último, desde un enfoque social, puede existir un amplio conjunto de estresores que favorezcan o intervengan en la aparición de la depresión en los ancianos. Entre éstos pueden citarse la disminución de ingresos, el decremento de contactos sociales, la jubilación y otros cambios en los roles y las redes sociales. Además, también existirían factores ambientales que intervendrían en la depresión. Así, por ejemplo, determinados comportamientos de otras personas pertenecientes al ambiente de un anciano pueden fomentar los sentimientos de dependencia e inutilidad (Moon y Baum, 1987).

Esperablemente, un mejor conocimiento de estas tres perspectivas y de los diferentes factores implicados en la depresión ayudará a explicar este fenómeno en los ancianos, al mismo tiempo que facilitará la evaluación y la planificación de programas preventivos y tratamientos.

Una de las mayores dificultades que presentan los estudios epidemiológicos sobre depresión, el cómputo de casos, tiene su origen en la falta de acuerdo sobre qué constituye la depresión (Zarit y Zarit, 1984). Hace poco más de 30 años la depresión en esta etapa de la vida era contemplada fundamentalmente como una manifestación de cambios seniles, con las consiguientes connotaciones que ello conllevaría en cuanto a la posibilidad de mejora (Roth, 1955). Actualmente, la aplicación a la vejez de diversas teorías sobre la depresión, han modificado sustancialmente su conceptualización en esta edad y, en consecuencia, las implicaciones prácticas derivadas de aquélla. Así, mientras que un énfasis en los factores biológicos como explicativos de la depresión en la vejez tendrá como consecuencia la realización de evaluaciones biológicas y tratamientos somáticos, la conceptualización de la depresión en términos psicológicos conducirá a intervenciones de tipo psicológico. Antes de proceder a la revisión de las distintas teorías, con el fin de contribuir a una mayor claridad conceptual, dedicaremos algún espacio al problema de la terminología utilizada en relación con la depresión.

La terminología utilizada en relación con la depresión se ha caracterizado, a lo largo del tiempo, por la confusión y la falta de precisión. El DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1980) constituye un intento por mejorar la fiabilidad de las categorías diagnósticas, mediante la utilización de definiciones operativas. La diferenciación principal entre los trastornos afectivos en el DSM III se basa en el criterio de gravedad, de forma que éstos pueden constituir un "trastorno afectivo mayor" o una "depresión menor". Dentro de la categoría de los trastornos afectivos mayores, se distingue entre "trastornos bipolares" y "depresión mayor". Los trastornos bipolares se caracterizan por cambios de humor, con periodos de manía, depresión y estado de ánimo normal. La depresión mayor, por su parte, es caracterizada por un estado de ánimo "disfórico", presente durante al menos una

semana, junto con otros síntomas de depresión grave (pérdida de apetito, dificultades de sueño, pérdida de peso, disminución de la energía, falta de interés y disfrute por las actividades y pensamientos de muerte o suicidio). Dentro de los trastornos menos graves, incluidos bajo la categoría de depresión menor, se incluyen los ciclotímicos (que incluyen oscilaciones del estado de ánimo) y los disfóricos (depresión crónica y recurrente). Así también, se considera que una depresión moderada subsiguiente a cambios vitales recientes es un "trastorno de adaptación con características depresivas". Posteriormente, la revisión del DSM III (DSM III-R, APA, 1988) realiza algunas modificaciones. Se adopta el término de "trastornos del estado de ánimo" en lugar de trastornos afectivos, se agrupan todos los trastornos depresivos (depresión mayor y distimia), se revisan los criterios para la melancolía con el fin de aumentar la validez de esta categoría y, finalmente, se habla de patrones estacionales cuando existe una relación temporal regular entre el trastorno de humor y un periodo determinado del año.

Los intentos por definir la depresión son indicativos de que ésta es un constructo, en el que se incluyen distintas categorías, diferenciadas entre sí y también respecto a cambios normales en el estado de ánimo. Según este enfoque -característico del DSM III y DSM III-R- parece existir un umbral entre el estado de ánimo normal y el patológico. Sin embargo, los límites entre los estados depresivo y normal, en la práctica -y especialmente en relación con los ancianos-, no parecen tan evidentes. De acuerdo a esto último, la depresión sería un "continuum" y la descripción de la misma debería basarse más en criterios cuantitativos que cualitativos (Zarit y Zarit, 1984). Debido, pues, a que el término depresión hace referencia tanto a un constructo como a un conjunto de conductas, se produce una utilización ambigua del mismo, estando frecuentemente presentes ambos significados (Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976).

Se describen a continuación algunas de las más importantes teorías sobre la depresión, con referencia a su aplicación en la vejez, comenzando por la perspectiva biológica y finalizando por las teorías psicológicas.

## Perspectiva biológica

Los estudios sobre gemelos han puesto de manifiesto la importancia de los factores genéticos en la depresión, especialmente en los casos de trastorno afectivo bipolar (Nurnberger y Gershon, 1982). Un dato de interés proveniente de este enfoque se refiere al hecho de que la influencia de los factores genéticos parece más decisiva en aquellos casos en los que la depresión aparece con anterioridad a la edad de 50 años (Mendlewicz, 1976).

Dentro de un enfoque bioquímico, los hallazgos sobre la influencia de los factores biológicos en la depresión proceden de dos áreas diferentes: por un lado, la investigación básica sobre los sistemas nervioso central y endocrino y, por otro, los efectos sobre la depresión de los fármacos y de otras terapias somáticas.

La investigación sobre el papel de los neurotransmisores en los trastornos depresivos ha puesto de relieve que tanto el exceso o déficit de estas sustancias (dopamina, norepinefrina y serotonina), como el equilibrio entre aquellos neurotransmisores que tienen efectos antagónicos, son factores decisivos en la depresión (Blazer, 1982; Schildkraut, 1965). Los cambios en el sistema endocrino -que media la respuesta al estrés-, por otra parte, pueden favorecer también la aparición de la depresión (Blazer, 1982). Por tanto, si tenemos en cuenta que tanto los niveles de neurotransmisores, como la respuesta del organismo ante el estrés sufren notables alteraciones con la edad (Finch, 1977; Robinson, Davis, Niles, Ravaris y Sylvester, 1971), puede esperarse un consiguiente aumento de la vulnerabilidad a la depresión.

Por lo que se refiere al efecto de los fármacos, se ha comprobado que un gran número de ellos afectan el estado de ánimo. Por ejemplo, se ha estimado que la Reserpina causa depresión en un 20% de las personas que la toman (Lipton, 1976). Los tricíclicos, por su parte, muestran un efecto antidepresivo y, por ello, se constituyen frecuentemente en un tratamiento de la depresión. Respecto a esto último, a pesar del rápido efecto de los fármacos sobre la depresión, debe tenerse presente que la

eficacia de los procedimientos habituales no es consistente y que algunos ancianos no pueden tolerar los fármacos antidepresivos debido a sus efectos secundarios (Thompson, Gallagher y Breckenridge, 1987) o bien pueden estar contraindicados en determinados casos por el padecimiento de otras enfermedades.

### **Teorías psicológicas**

La explicación de la depresión desde una perspectiva psicológica ha dado origen a la elaboración de diversas teorías. Desde la teoría conductual de la depresión formulada por Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn, Bigan y Zeiss, 1976; Lewinsohn, Munoz, Youngren y Zeiss, 1978), se postula que la depresión se debe a la baja tasa de refuerzo contingente con la respuesta del sujeto. Así, la depresión es el resultado de una escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros o intrínsecamente reforzantes. La falta de refuerzo positivo conduce a un decremento en la emisión de respuestas, así como a la aparición de un estado de ánimo disfórico. Las personas deprimidas realizan pocas actividades de las que ellos mismos consideran agradables, a la vez que muestran mejoría al incrementar la realización de estas actividades. También, estas personas experimentan un gran número de sucesos aversivos en su vida diaria, los cuales al disminuir se produce una mejoría de su estado de ánimo. Un último aspecto importante en esta teoría es la carencia de las habilidades sociales para obtener refuerzo positivo de otras personas, observada en un gran número de depresivos.

La formulación de la teoría de la "indefensión aprendida" (Seligman (1975) establece nexos entre la ocurrencia de pérdidas y la aparición de depresión. Basándose en experimentación animal, este autor propone que las personas que experimentan cambios sobre los que no perciben ejercer control alguno, aprenden a verse a sí mismos como indefensos y por ello no llevan a cabo acciones para modificar su situación. Posteriormente, Seligman y sus colaboradores (Abramson et al., 1978) revisaron este modelo, incorporando la teoría de la atribución (Weiner et al., 1971). En la reformulación del modelo inicial se hace énfasis en la interpretación que realiza el sujeto acerca de la causalidad, en detrimento del papel jugado por la falta de refuerzo contingente con la respuesta en la aparición de la depresión. El modelo reformulado

predice que los individuos depresivos son más proclives a responsabilizarse de los resultados negativos, atribuyéndolos a causas internas, mientras que los individuos no depresivos tienden a no sentirse responsables de los resultados negativos, que atribuyen a factores externos. En el caso de resultados positivos, se invierten las atribuciones en ambos grupos de personas.

Desde las teorías cognitivas de la depresión, se acentúa la importancia de los pensamientos del sujeto en cuanto a su nivel de actividad y su estado de ánimo. El máximo exponente de este enfoque, Beck (1967, 1976), describe la "tríada cognitiva" que aparece típicamente en la depresión y que consiste en una visión negativa de sí mismo, de las experiencias habituales y del futuro. Es importante destacar que estos pensamientos constituyen, por regla general, una visión distorsionada de la realidad. Otro aspecto importante de la teoría cognitiva es la consideración de que los pensamientos son determinantes del estado de ánimo depresivo.

Las aplicaciones de los modelos anteriores a la población anciana aun son limitadas. En primer lugar, existen una serie de circunstancias asociadas a la edad (tales como disminución de ingresos, jubilación, problemas de salud, muerte del cónyuge o de otras personas cercanas) que pueden llevar a la reducción de las posibilidades de participar en actividades reforzantes. Existe evidencia empírica de que los ancianos son semejantes a las personas deprimidas en cuanto a su menor realización de actividades reforzantes comparativamente con personas más jóvenes no deprimidas. Sin embargo se diferencian entre sí en que los ancianos perciben muchas más actividades potencialmente reforzantes que los depresivos (Lewinsohn y MacPhillamy, 1974). En segundo lugar, los factores cognitivos en la depresión en la vejez pueden ser favorecidos por la visión negativa y los estereotipos sobre la vejez que, en términos generales, mantiene la mayoría de las personas (Kahn, Zarit, Hilbrt y Niederehe, 1975). Así también, se ha encontrado que existen diferencias cognitivas entre ancianos que han enviudado recientemente y ancianos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Si bien en ambos casos las respuestas a los ítems del BDI (Beck Depression Inventory) indicaban malestar afectivo, existía diferencia entre ambos grupos de personas en cuanto que los depresivos manifestaban además tener pensamientos de auto-



desaprobación, tales como sentirse fracasado, sentirse decepcionado consigo mismo, culparse por las cosas malas que ocurren, etc. (Gallagher, Dessonville, Breckenridgey Thompson y Amaral, 1982).

Por último, la contrastación del modelo reformulado de "indefensión aprendida" con ancianos (Maiden, 1987) pone de manifiesto la confirmación de las hipótesis propuestas desde el modelo acerca de las atribuciones realizadas por deprimidos y no deprimidos acerca de los éxitos y de los fracasos.

En las siguientes páginas se va a revisar el tema de la evaluación de la depresión en ancianos. Para ello, en primer lugar se tratará el tema de la prevalencia de la depresión en el grupo de población de más edad. Posteriormente, se revisará la evidencia empírica sobre la interdependencia del fenómeno de la depresión con otras variables -memoria, salud y aspectos sociales-. Por último, de forma específica con respecto a la evaluación, se incluye un análisis de los principales problemas así como de la tecnología de evaluación de la depresión en la vejez.

### 3.3.2. Prevalencia de la depresión en la vejez

Si bien parece que tiende a considerarse la depresión como un problema común al grupo de ancianos, es preciso conocer de forma más exacta el número de ancianos que tienen problemas de esta naturaleza.

En primer lugar, los índices de prevalencia de la depresión de estudios recientes señalan que la mayor prevalencia de la depresión se sitúa antes de los 65 años (Gaylor y Zung, 1987; Hirschfeld y Goodwin; Robins, Pauker y Thomas, 1984) y, más específicamente, entre los 45 y 55 años de edad (Gurland, 1976). No obstante, este último autor pone de manifiesto, también, que las tasas más altas de "sintomatología" asociada a la depresión se encuentran entre los ancianos comparativamente con otros grupos de edad. En cualquier caso, aún siendo menor que la de los jóvenes, la tasa de prevalencia de depresión entre ancianos es alta.

En un estudio epidemiológico de la depresión entre ancianos (mayores de 65 años), realizado en la ciudad de Nueva York (Gurland, Dean, Cross y Golden, 1980), en el que se emplearon como criterios de depresión distintos indicadores múltiples derivados de entrevistas estructuradas, se halló que el 13% de los sujetos entrevistados presentaban algunos de los síntomas de depresión y otro 8% más reunían los criterios del diagnóstico de depresión, incluyendo la presencia de 6 o más síntomas. Con respecto a la influencia del sexo en la depresión, esta era más frecuente entre las mujeres que entre los hombres para el rango de edad 65-80 años, pero se invertía por encima de los 80 años donde los hombres manifestaban una mayor prevalencia. Otros datos, procedentes de un estudio (Blazer y Williams, 1980) en el que se utilizaron los criterios del DSM-III (APA, 1980) para evaluar la prevalencia de la sintomatología depresiva en una población mayor de 65 años que residía en la comunidad, indican que el 14.7% de la población anciana presentaba sintomatología disfórica significativa mientras que un 3.7% mostraban un "trastorno depresivo mayor".

En resumen, la prevalencia estimada de "trastornos depresivos" en ancianos que viven en la comunidad varía entre 1% y 7%, informando la mayor parte de los estudios de una tasa entre el 4% y el 6% (Gallagher y Thompson, 1983). Al analizar las tasas de prevalencia encontradas en los distintos estudios, vemos que las diferencias entre estas pueden ser debidas a la distinta composición de las muestras de estudio en variables como sexo (Gurland, Dean, Cross y Golden, 1980; Silverman, 1968), estado civil (Vernon y Roberts, 1982), recursos sociales y económicos (Hirschfeld y Cross, 1982), clase social (Dovenmuehle y Mc Gough, 1970; Schwab, 1976), salud física (Salzman y Shader, 1979), tendencia de los clínicos a calificar de síndrome orgánico los trastornos de depresión (Copeland, Kelleher, Kellet, 1975) y sistema de diagnóstico utilizado. Debe tenerse en cuenta, además, que las diferencias en las tasas de prevalencia de la depresión pueden ser consecuencia de que algunos de los estudios se realicen a partir de los índices de admisión en centros de salud mental, hospitales, etc, lo que podría implicar que muchas personas con depresión no sean remitidas a ellos para su tratamiento, al haber considerado el clínico que realiza el diagnóstico que cierto grado de depresión en los ancianos es normal -dadas las múltiples pérdidas que

sufren- (Zarit y Zarit, 1984). Con respecto a nuestro país, se pueden mencionar algunos estudios. Así, por ejemplo, en un estudio reciente se señala que la prevalencia de la depresión en ancianos obtiene un valor de 1,5% (Guillén, Salgado, Jiménez y Santiago, 1986), así como otro estudio (Barcia Salorio, 1988) que informa que la depresión es el problema psicológico más importante entre los ancianos. En otro estudio, Krief (1982) encontró el 7.3% de prevalencia de depresión, un 56.4% con sintomatología depresiva y, tan sólo, un 36.3% de ancianos sin síntomas de depresión, utilizando la Escala de Depresión de Zung (1965).

Por otra parte, es bien conocido que la tasa de prevalencia de depresión o sintomatología depresiva entre ancianos institucionalizados es significativamente mayor respecto a los que viven en su propio domicilio. Se ha llegado a estimar que el 80% de ancianos que viven en instituciones manifiestan síntomas depresivos (Hyer y Blazer, 1982). En un estudio reciente, Parmelee, Katz y Powell-Lawton (1989) estudia la prevalencia de la depresión en una muestra de 708 residentes de un único centro, que tiene, a su vez, zona de residencia asistida -máximo nivel de cuidado- y apartamentos. Encuentran que un 12,4% de los ancianos cumplen el criterio de "depresión mayor" según el DSM-III. Además, otro 30.5% del total de residentes, principalmente entre la gente que vivía en los apartamentos, manifestaban síntomas de depresión.

En un estudio en nuestro país, Ribera, Reig y Miquel (1988) informan de una prevalencia de 25% en una residencia de ancianos. Recientemente, Pérez, González, Moraleda y Zamora (1989) realizaron un estudio de la prevalencia de la depresión en ancianos institucionalizados en España. Para ello evaluaron a 32 residentes (73% del total) utilizando la Geriatric Depression Scale (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose, 1982) (ver autoinformes de depresión) encontrando que un 70% de los ancianos superaban las puntuaciones límite para aceptar la presencia de problemas de carácter depresivo. De este 70%, se informa que un 16% apróximadamente reflejan una depresión con carácter severo. También, los autores refieren que si bien el sexo, la edad, el tiempo de estancia y el ser o no la primera residencia para los ancianos no ejercen una clara influencia en el fenómeno estudiado, dos de estas variables, la edad y el tiempo de estancia en la residencia sí tienen algún tipo de asociación con el nivel

de sintomatología depresiva. Pese al esfuerzo de los autores, hay que ser cautos en la interpretación de estos resultados debido a algunas cuestiones que se observan. En primer lugar, no se describen cuáles son los criterios utilizados para considerar la presencia de "problemas de carácter depresivo" y de "trastorno depresivo severo". En segundo lugar, el tiempo medio de estancia de los residentes es de 63 días, por lo que, debido a la escasa amplitud de esta variable parece prematuro realizar un análisis estadístico utilizando ésta variable como correlato del nivel de depresión. Por último, Heras, Polaino, Gaona, Angeles, Dueñas (1990) encontraron que el 62.6% de los ancianos de una residencia privada superan el punto de corte para diagnóstico de la depresión de la Geriatric Depression Scale (Brink y col., 1982).

En definitiva, a pesar de los problemas para estimar la prevalencia de depresión, los hallazgos son consistentes en indicar que la depresión es un problema importante entre los ancianos. Aunque, las tasas de prevalencia -consideradas estas como trastornos graves- sean algo más bajas que para personas de menor edad, entre los ancianos existen un mayor número de quejas de depresión lo que hace que este grupo de edad pueda beneficiarse de la evaluación y tratamiento adecuado. Es esta la razón por la que se ha incluido la evaluación de la depresión en este trabajo.

### 3.3.3. Correlatos de la Depresión

La depresión, o la aparición de sus manifestaciones más frecuentes, ha sido asociada a otros aspectos del funcionamiento en las personas de edad tales como la salud, la memoria, el apoyo social, las actividades placenteras. A continuación, se revisan brevemente cada una de ellas.

#### Depresión y enfermedad

Suele pensarse que cuando los ancianos padecen enfermedades físicas sufren casi inevitablemente una depresión. Dado que este grupo de edad sufre un mayor número de enfermedades, es posible que la vejez sea contemplada como un "tiempo

de depresión". Asumir esta concepción podría llevar a un equivocado fatalismo que en el caso de psicólogos y médicos desembocaría en lo que se ha denominado "nihilismo terapéutico". Por el contrario, la evidencia empírica señala que, aunque exista una asociación en la vejez entre el padecimiento de enfermedades físicas y la aparición de síntomas de depresión (Jarvik y Perl, 1981), es necesario un profundo examen de la relación entre ambos tipos de variables (Gurland, Wilder, Bolden, Teresi, Gurland y Copeland, 1988).

La evidencia proveniente de los estudios con ancianos que residen ya sea en la comunidad, en instituciones o se hallen hospitalizados demuestra que existe una clara asociación entre el padecimiento de enfermedades y la aparición de síntomas depresivos (La Rue, Dessonville y Jarvik, 1985). Sin embargo, la asociación entre depresión-enfermedad varía según algunos parámetros determinados. Por ejemplo, los servicios activos y válidos de cuidado al anciano, una buena integración social, una jubilación satisfactoria, adecuados ingresos económicos y un ambiente enriquecido son algunas de las variables que previenen la aparición de depresión entre los ancianos que padecen enfermedades (Gurland y col., 1988).

Algunas razones que se han apuntado para explicar por qué aparecen conjuntamente síntomas depresivos y enfermedades físicas son las siguientes. En primer lugar, es posible que síntomas tales como la tristeza o la fatiga surjan como respuesta al tomar consciencia de que se sufre una enfermedad o bien en reacción al dolor o impacto de la enfermedad sobre la vida diaria. Cuando estas reacciones son fuertes y duraderas es posible que desemboquen en la aparición de sintomatología depresiva (Jarvik y Perl, 1981). En segundo lugar, los síntomas de depresión pueden ser consecuencia directa de la enfermedad o de efectos colaterales de la medicación. Finalmente, con el apoyo de estudios longitudinales y retrospectivos se ha postulado (Vaillant, 1979) que es posible que los individuos que padecen depresión tengan una mayor vulnerabilidad a la enfermedad física, por lo que de esta forma se cierra el círculo sobre el trastorno físico y emocional.

En definitiva, parece claro que existe una relación entre la manifestación de la depresión y el padecimiento de enfermedades físicas. Ahora bien, algunos de los aspectos señalados llevan a concluir que la implantación de determinadas intervenciones pueden romper la cadena depresión-enfermedad por lo que el "nihilismo terapéutico" que mencionábamos al principio no queda justificado.

### Memoria y Depresión

Se ha prestado una gran atención a los efectos negativos que la depresión juega en el funcionamiento de la memoria. Algunos hallazgos encontrados en sujetos deprimidos son una disminución en la adquisición y recuerdo de nueva información, incremento del número de errores, errores de transposición, mal apareamiento, inversión del orden estímulo-respuesta, menor efectividad en estrategias de codificación, alteración en la estrategias de cooperación en la ejecución de la tarea y disminución de la atención (Salzman y Gutfreund, 1986). No obstante, a pesar de estos hallazgos la evidencia es claramente contradictoria entre los diferentes estudios (Niederehe, 1986). La principal razón para dar cuenta de los estudios con distintos resultados se halla en aspectos metodológicos de los estudios: no diferenciación entre quejas de memoria y ejecución en pruebas objetivas de memoria, diferencias entre las muestras en el estatus socioeconómico, nivel educativo y salud física, distintos criterios para identificar la depresión y severidad de esta (Thompson, 1986). Así por ejemplo, el impacto de la depresión sobre la memoria es mayor en ancianos hospitalizados, con bajo nivel educativo y estatus socioeconómico y con una salud deteriorada.

En cualquier caso, para explicar la relación entre depresión y memoria, el énfasis debe hacerse sobre los factores no cognitivos con especial referencia al papel de la motivación (Thomson, 1986). Con respecto, a esto Niederehe (1986) señala tres aspectos: la disminución de la memoria no es el resultado de una limitación estructural, sino el fracaso del individuo en mantener un papel activo en el procesamiento de la información; la depresión conduce a una reducción en la autoiniciación de "conductas de memoria" más que a una incapacidad de completarlas y, por último, las personas

deprimidas son más cautas en la ejecución de tareas de memoria, por lo que la precaución adicional, habitualmente manifestada por las personas mayores, puede potenciar el efecto anterior. También destacando el papel de la motivación, Weingartner (1986) concluye que el deterioro cognitivo que se observa en los individuos con depresión responde a un déficit generalizado en el estado de motivación, a la vez que afirma que el deterioro puede ser entendido desde el constructo de "esfuerzo cognitivo sostenido".

### Depresión y funcionamiento social

Algunas variables frecuentemente asociadas a la manifestación de la depresión han sido el aislamiento social, el bienestar, la realización de actividades placenteras, la jubilación o el traslado a una institución. Veámos como han sido estudiadas estas variables en relación con la depresión.

A pesar de las frecuentes quejas de soledad por parte de los ancianos, éstas no se asocian de forma destacada con depresiones severas (Bennet y Cook, 1980), si bien parece que las separaciones involuntarias de personas significativas, si contribuyen entre los ancianos a un alta ocurrencia de depresiones moderadas (La Rue y col., 1985). Con respecto a la relación entre depresión y bienestar-satisfacción-estado de ánimo (ver epígrafe de Bienestar Subjetivo), se puede señalar que una baja satisfacción no implica necesariamente depresión, si bien existen datos que señalan una significativa asociación entre ellas (Gilleard, Willmott y Vaddadi, 1981).

Una de las variables recurrentemente asociadas a la depresión, especialmente desde la aproximación teórica de Lewinsohn y colaboradores, ha sido el tipo de actividades que realizan las personas mayores. Existe evidencia empírica (Lomranz, Bergman, Eyal y Shmotkin, 1988) de la relación negativa entre la depresión y la cantidad de actividades que realiza los ancianos en su domicilio y fuera de él, así como una asociación positiva entre el bienestar y la depresión; también, si tenemos en cuenta el sexo, el nivel de actividad es un buen predictor del bienestar y la depresión en el caso de los ancianos varones, mientras que en el caso de las mujeres la satisfacción con la realización de actividades sería lo más importante.

Con referencia al impacto de la jubilación sobre el estado afectivo de las personas, la evidencia sugiere que entre los varones jubilados no se incrementa la tasa de depresión (Atchley, 1980) y que se adaptan a la nueva situación sin excesivos problemas (George, 1980). Los resultados de algunos estudios que indican una menor satisfacción y un peor estado de ánimo tras la jubilación pueden ser explicados por la influencia de variables tales como el estado de salud o los ingresos económicos (La Rue y col., 1985). Por último, los estudios de traslado involuntario a una institución sugieren que este contribuye a la aparición de depresión y a una menor satisfacción (Gaylord y Zung, 1987). No obstante, la relación entre depresión y traslado es muy compleja ya que depende de múltiples factores tales como la salud física, calidad de la residencia o el grado de ruptura respecto a la situación previa (Kasl y Rosenfield, 1980).

#### **3.3.4. Principales problemas en la evaluación de la depresión en la vejez**

Pese a que la depresión en la vejez es tema que ha dado lugar a numerosos estudios, existen aun múltiples problemas para su evaluación (Kane y Kane, 1981). La ambigüedad de su definición y las consiguientes dificultades que esto conlleva para su identificación, las dificultades en diferenciar la depresión de la demencia debido a su estrecha relación en numerosas ocasiones, así como la intervención de factores relacionados (p. ej., salud) son algunos de los problemas que debe afrontar el evaluador.

##### **3.3.4.1. Ambigüedad del término e identificación de la depresión.**

La ambigüedad del término depresión es el primer problema que se presenta a la hora de evaluar la misma en la vejez -común, por lo demás a lo que sucede con otros grupos de edad-. Bajo esta expresión se engloba usualmente una gran variedad de síntomas -disforia, pérdida de peso, apatía-, también se han considerado diferentes clases de trastornos depresivos -reactivo, endógeno-, así como distintas dimensiones de



respuesta -tiempo, intensidad, frecuencia-, que han llevado a una confusión sustancial sobre lo que implica la depresión.

Se han realizado algunos intentos para la delimitación y diagnóstico de la depresión en personas mayores, entre los que destaca, por su grado de sistematización la propuesta de Gallagher y Thompson (1983). Estos autores sugieren que la depresión ha de ser considerada como un "producto final" que refleja un conjunto de problemas simultáneos en diferentes áreas (psicológica, sociológica y biológica). Aunque la característica inicial de la depresión sea el sentimiento de desánimo y melancolía - disforia-, la depresión implica además determinadas conductas (p. ej., actividades que se realizan, apariencia física) y pensamientos (p. ej., ideas suicidas) y suele acompañarse de ciertos síntomas físicos (p. ej., insomnio, pérdida de apetito).

Además, existirían cinco características a partir de las cuales se establecería la existencia de depresión en la vejez. Estas características, extraídas del DSM-III y los RDC (Research Diagnostic Criteria; Spitzer, Endicott y Robins, 1978) han recibido el apoyo empírico necesario (Dessonville, Gallagher, Thompson, Finnell y Lewinsohn, 1982) y son las siguientes:

1. Es necesario que se experimenten varios síntomas de depresión con una duración de dos o más semanas. Con ello se pretende excluir aquellos ancianos con síntomas transitorios, lo cual es frecuente en este grupo de edad (Slater y Roth, 1977).
2. Debe comprobarse que existe un sentimiento predominante de disforia durante este tiempo. Sin embargo, esto no es fácil, ya que con cierta frecuencia las personas ancianas describen su estado de ánimo en términos tales como "pesimismo", "incapacidad" o simplemente lo infravaloran (Post, 1982).
3. Debe evaluarse la presencia de los siguientes síntomas: "aumento" o "disminución del apetito", "sueño", "energía", "fatiga o cansancio", "pérdida de interés o de agrado en relación con actividades cotidianas", "sentimientos de reproche consigo mismo", "enlentecimiento o agitación psicomotora" y, por último, "quejas o evidencia de

disminución en la capacidad de concentración". También se debe determinar si el anciano manifiesta ideas de suicidio, especialmente en varones, ya que entre éstos se ha encontrado una tasa más alta de suicidios (Carstensen y Edelstein, 1987). La presencia continuada de cuatro de los síntomas anteriores indicaría depresión.

4. Valorar el impacto de los anteriores síntomas en el funcionamiento cotidiano de la persona, es decir, cómo afecta a la interacción social, al nivel de actividad, o si se ha buscado ayuda profesional. Si se ha visto alterado el funcionamiento habitual se incrementa la probabilidad de que se trate de una depresión.

5. Es necesario descartar otros problemas que puedan ser la causa de los síntomas observados, como son problemas de salud o trastornos neurológicos. Este tipo de diagnóstico diferencial es especialmente importante en relación con los ancianos, como veremos más adelante.

Es preciso destacar que se han excluido otros síntomas habitualmente contemplados en el diagnóstico de la depresión, como son los sentimientos excesivos de culpabilidad, inadecuación, preocupación excesiva y quejas hipocondríacas. Ello es debido a que empíricamente se ha comprobado que son las características inicialmente descritas y no éstas últimas las que mejor discriminan una depresión clínica de unos niveles moderados o bajos de depresión o de otros problemas psicológicos en personas mayores.

#### 3.3.4.2. Depresión y demencia.

Un segundo problema para la evaluación de la depresión en ancianos nace de la posible confusión entre depresión y demencia moderada. En estudios en los que se incluye seguimiento se ha comprobado que el 30% de los casos diagnosticados como demencia son erróneos y que gran parte de ellos corresponde a una depresión (Nott y Fleminger, 1975; Ron, Toone, Garralda, 1979). Otros estudios posteriores, de objetivos similares, aún no siendo tan precisos en la cuantificación de diagnósticos erróneos si

demuestran una tasa de error que oscila entre el 10 y el 50% de los casos (García, Reding y Blass, 1981; Ron, Toone, Garralda y Lishman, 1979). Ello ocurre porque la depresión puede ir acompañada de un deterioro cognitivo que llevaría al evaluador a pensar que está ante un sujeto con demencia. Este fenómeno que ha sido conocido como "pseudodemencia" (Kiloh, 1961; Post, 1982) tiene una implicación clínica evidente ya que se puede llegar a clasificar como demencia -trastorno irreversible hoy en día- una depresión con problemas de memoria y, por tanto, reversible. Muchos de los estudios realizados a lo largo de ésta década han llevado a aconsejar el abandono de este término de pseudodemencia (Mc Allister, 1981; Reifler, 1982), afirmando que sería más correcto considerarlo como un verdadero proceso de deterioro de memoria (no "pseudo"), aunque secundario a una depresión sin problemas en otros aspectos del estado mental del anciano (no "demencia") (Caine, 1981; Gurland, Dean, Cross y Golden, 1980; Salzman y Gutfreund, 1986; Wells, 1979).

Con el fin de diferenciar entre demencia y depresión, al proceder a la evaluación es necesario tener en cuenta adicionalmente una serie de aspectos, entre los que se encuentran los siguientes: especificar las quejas de memoria del sujeto, el estado de salud física, el nivel actual del funcionamiento cognitivo y si han existido cambios recientes en el comportamiento (Gallagher y Thompson, 1983) . En este sentido, la diferenciación entre demencia y deterioro de memoria asociado a la depresión ("pseudodemencia") se facilitaría mediante una breve evaluación del funcionamiento de la memoria en la que se contemplarían las quejas de memoria, el recuerdo libre inmediato y demorado así como pruebas de reconocimiento (lista de palabras) y de recuerdo de textos significativos (Zelinski, Gilewski y Thomson, 1980).

En las Tablas 14 y 15 se pueden encontrar las principales características diferenciadoras entre demencia y depresión acompañada de problemas cognitivos ("pseudodemencia") según Wells (APA, 1979) y Salzman y Van der Kolk (1984), respectivamente. En ellas, se puede observar como aspectos comunes en la "pseudodemencia" son la rapidez, consciencia, malestar y una ejecución de conductas variable mientras que, por el contrario, en la verdadera demencia la lentitud, inconsciencia y una ejecución baja son características prominentes.

**Tabla 14**

**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PARA DIFERENCIAR LA  
DEMENCIA DE LA PSEUDODEMENCIA**

Características Clínicas	Depresión con problemas cognitivos asociados	Demencia
1. Inicio de la enfermedad	Usualmente específica	Determinada sólo dentro de unos límites amplios
2. Duración	Breve tiempo antes de pedir ayuda	Usualmente larga duración
3. Progresión	Desarrollo rápido de los síntomas	Desarrollo lento de los síntomas a lo largo del curso de la enfermedad
4. Historia	Es común la existencia de problemas anteriores	No es común problemas anteriores
5. Quejas	Quejas frecuentes y detalladas de pérdidas cognitivas. Se recalca la incapacidad y los fracasos se sobrevaloran	Quejas infrecuentes y vagas de pérdidas cognitivas. La incapacidad se pasa por alto, se oculta. Se muestra satisfacción con pequeños logros
6. Esfuerzos	Mínimo esfuerzo incluso en tareas simples	Normalmente, existe esfuerzo por ejecutar las tareas
7. Afecto	A menudo cambios generales con una fuerte sensación de malestar	Habitual ausencia de preocupación con afecto lábil y superficial
8. Habilidades Sociales	Notable pérdida, usualmente en el principio	A menudo, se conservan intactas en estados iniciales
9. Problemas de sueño	No es común	A menudo acentuada
10. Atención y concentración	A menudo intacta	Usualmente defectuosa
11. Pérdida de memoria	Ocurre igual para hechos recientes y remotos. Lagunas de memoria frecuentes	Pérdida más severa para acontecimientos recientes que para remotos. Son infrecuentes lagunas en otros periodos
12. Ejecución	Muy variable	Consistentemente baja

Adaptado de Wells, C., American Journal of Psychiatry

**Tabla 15. CARACTERISTICAS DIFERENCIADORAS DE  
VERDADERA DEMENCIA Y "PSEUDODEMENCIA".**

Características	Verdadera Demencia	Pseudo_ demencia
Curso y duración de los síntomas	Extentendido	Breve
Humor deprimido	Sigue a la pérdida de memoria	Precede a la pérdida de memoria
Problemas de sueño y hambre en estados tempranos	Normal	Prominente
Labilidad emocional	Marcada y frecuente	Media e infrecuente
Confusión y desorientación	Marcada y frecuente	Media e infrecuente
Quejas de memoria recientes	Marcada y frecuente	Media e infrecuente
Vigilancia reducida	Marcada y frecuente	Media e infrecuente
Insociabilidad y falta de cooperación	Marcada y frecuente	Media e infrecuente
Fabulación	Presente	Ausente

Tomado de Salzman y Van der Kolk (1984).

#### 3.3.4.3. Influencia de las enfermedades y fármacos en la depresión

Debido a que muchas enfermedades y medicamentos pueden causar síntomas de depresión, es importante tener en cuenta que, al padecer las personas mayores un mayor número de enfermedades y, proporcionalmente, consumir un mayor número de fármacos, la dificultad de una evaluación correcta por el efecto de éstos factores se acrecienta en este grupo de edad. Existen diversos trastornos físicos relevantes en la vejez que cursan con síntomas de depresión, tales como problemas neurológicos (p. ej.,

enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple, tumores cerebrales, aneurismas intracraneales y meningitis), endocrinos (p. ej., insuficiencia adrenal, hiperadrenalismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes), neoplasia abdominal (p. ej., cáncer de páncreas y problemas urinarios), artritis reumatoide, deficiencia vitamínica (anemia perniciosa -falta de vitamina B12-, anemia por falta de hierro) (Salzman y Shader, 1978a, Moon y Baum, 1987), etc. Como ejemplo, de la relación entre la depresión y los trastornos físicos, encontramos que las enfermedades infecciosas y los problemas endocrinos son causantes de apatía, reducción de la actividad y pérdida de apetito. Así también, entre los medicamentos que causan síntomas depresivos, pueden citarse los fármacos para la hipertensión, el Parkinson, el cáncer, los neurolépticos y los tranquilizantes (Salzman y Shader, 1978b) o, incluso, determinadas combinaciones de elementos pueden asemejar síntomas de depresión.

#### **3.3.4.4. Problemas en la tecnología de evaluación en la depresión**

Se ha mencionado anteriormente la existencia de un "problema de criterios" sobre el significado de la depresión. Los límites entre los estados depresivo y normal, en la práctica -y especialmente en relación con los ancianos-, no parecen tan evidentes. Debido, pues, a que el término depresión hace referencia tanto a un todo (léase, constructo) como a un conjunto de conductas, se produce habitualmente una utilización ambigua del mismo, al mismo tiempo que bajo este término se engloban múltiples síntomas, distintos trastornos o clases de depresión y, por último, diferentes dimensiones de respuesta. Además de estos problemas conceptuales en torno a la definición de la depresión y los relativos a su diferenciación de otros trastornos psicológicos y físicos, existen otras dificultades de orden metodológico.

Ya se ha comentado la irrelevancia de determinados ítems de autoinformes ampliamente utilizados con ancianos. En primer lugar, muchas de las escalas de depresión más habituales incluyen elementos somáticos como indicadores de depresión, tales como pérdida de peso, insomnio, falta de energía, dolores de cabeza, etc. En las

personas mayores, con frecuencia, no resulta obvio si la ocurrencia de alguno o todos estos síntomas se debe a una posible depresión o es resultado de una enfermedad física concreta. La respuesta a este problema va a depender de la posibilidad de contar con exámenes médicos adicionales o de utilizar instrumentos que no incluyan elementos de esta naturaleza. Kane y Kane (1981) señalan otra clase de items que pueden ser problemáticos; son los que hacen referencia a la preocupación por la muerte o la salud. Tales pensamientos que pueden considerarse anormales en una persona joven pueden tener una menor significación en una persona anciana por razones obvias. Por último, pueden ser problemáticos aquellos elementos referidos al sexo y la pérdida de libido debido a factores culturales y a la posible reducción de oportunidades para su manifestación.

En definitiva, la inadecuación de estos items en su aplicación a población anciana viene a plantear hasta qué punto la manifestación de la depresión en los ancianos puede considerarse similar a la de personas más jóvenes y, por ende, si la validez de constructo de las técnicas de medida construídas para población general en su uso con el grupo de población de más edad está asegurada.

Existen además otros problemas que afectan a la tecnología evaluativa y que están en relación con el contenido y la administración de los instrumentos. Así, Kane y Kane (1981) indican que las escalas de depresión construídas en los últimos 25 años se han caracterizado por un incremento en la atención a los estados de humor. En este sentido, no está claro que algunos de los términos utilizados para describir éstos, tales como "tenso" o "preocupado" describan el mismo sentimiento y la misma intensidad entre personas de muy diferentes edades. Así, también, entre los principales problemas que afectan a la administración de las pruebas de evaluación de la depresión -comunes a la administración de otros instrumentos- encontramos los problemas sensoriales, la reticencia a contestar o cumplimentar los cuestionarios y la dificultad en comprender instrucciones.

### 3.3.5. Técnicas de medida

El proceso de evaluación de la depresión es básicamente el mismo que el de cualquier otra conducta alterada, esto es, determinar qué respuestas -motoras, cognitivas y fisiológicas- aparecen perturbadas, bajo qué circunstancias y qué consecuencias se derivan de ello. Así también, que otros comportamientos o repertorios básicos de conducta covarian con la depresión los cuales pudieran ser considerados potenciales variables explicativas (escasa tasa de actividades placenteras, déficits en habilidades sociales, etc.). La concreción de estos aspectos concretos que deben ser evaluados va a depender, en última instancia, del modelo teórico explicativo de la depresión que se esté utilizando (Alvarez, 1985).

Por lo que respecta a la población anciana, el proceso de evaluación es similar y debe perseguir los mismos objetivos que la evaluación de la depresión en población adulta (p. ej., Alvarez, 1985; Santacreu, 1987). No obstante, será preciso tener en cuenta las peculiaridades de este grupo de población con respecto a la depresión, las cuales se han ido describiendo a lo largo de este capítulo.

Una primera discriminación ineludible se refiere a la diferenciación entre depresión y demencia, y ello dado la potencial confusión diagnóstica entre ambos tipos de alteración. La evaluación deberá comenzar por un estudio del estado mental del sujeto -p. ej., mediante el Cuestionario Abreviado de Estado Mental (Short Portable Status Mental Questionnaire, Duke University, 1978) adaptado al castellano por Guerrero (1983)- y profundizar con otras pruebas (p. ej., pruebas de memoria) hasta que pueda realizarse un ajustado diagnóstico. Otro aspecto, que por su interés para el grupo de ancianos, merece una atención particular, se refiere a las enfermedades y los fármacos ingeridos en el momento de la evaluación, lo que posibilitará diferenciar entre los síntomas que responden a una depresión y los derivados de una enfermedad o de la ingestión de un fármaco. Por último, en la evaluación de la depresión, se hace necesario conocer tanto los antecedentes (p. ej., pérdidas sociales) y consecuentes de las misma como los repertorios básicos de conducta potencialmente asociados con ella (p. ej., habilidades sociales).



De entre los distintos grupos tecnológicos de evaluación de la depresión (entrevista, autoinforme, autoregistro y observación), la entrevista y los autoinformes son los más utilizados y a ellos vamos a dedicar las siguientes páginas.

#### **3.3.5.1 Entrevista:**

La entrevista para la evaluación de la depresión no se diferencia en forma significativa de la entrevista general de evaluación. Se dirige a la obtención de información acerca de los factores ambientales y personales concretos que se relacionan con la patología que se pretende indagar, en este caso con la depresión, esto es, aquellos aspectos que la mantienen, las consecuencias que de ella se derivan y los concomitantes comportamentales, cognitivos, sociales y afectivos, el apoyo social que puede explicar o ayudar a la mejora, el bienestar psicológico asociado, etc., así como determinar la topografía de las respuestas del sujeto.

En general, como ya hemos señalado, este tipo de entrevista no estructurada que sigue el esquema del análisis funcional ha sido escasamente utilizado en población anciana. Por el contrario, existen entrevistas estructuradas tales como la CARE (Comprehensive Assesment and Referral Evaluation, CARE, Gurland et al., 1977) y la OARS (Olders American Resources & Services Questionnaire, OARS; Duke, 1978) que han sido ampliamente utilizadas pero que mantienen un formato distinto al arriba mencionado.

#### ***CARE (Comprehensive Assesment and Referral Evaluation, Gurland et al., 1977)***

Este instrumento ya ha sido descrito anteriormente (ver epígrafe 2.3.3.1) por lo que aquí nos limitaremos exclusivamente a comentar aquellos elementos relacionados con la depresión. El contenido de los elementos que evalúan depresión hacen referencia al sentimiento principal (estado de ánimo, humor, duración del mismo), además de

evaluar la presencia, duración e intensidad de síntomas vegetativos, presencia de "autodesprecio", riesgo de suicidio, pensamiento psicótico y otras características (p. ej., "nivel de excitación") que ayuden a realizar un diagnóstico diferencial. El evaluador debe valorar cada elemento como "verdadero" cuando el síntoma está presente y como "falso" si no lo está o "¿" cuando la información proporcionada por el sujeto es insuficiente para valorar como verdadero o falso o éste no sabe/no contesta. Aunque la CARE no está diseñada como entrevista clínica diagnóstica, ya que recoge información de una multitud de áreas, posibilita la utilización de forma complementaria de cualquiera de los sistemas clasificatorios actuales como los RDC o el DSM-III (Gallagher, 1986).

Posteriormente, se ha desarrollado a partir de ella la Short-CARE, que es una entrevista específica para evaluar depresión y demencia (Gurland, Golden, Teresi y Challop, 1984).

Por lo que respecta a sus ventajas, posee un elaborado desarrollo conceptual y psicométrico (alta fiabilidad interjueces, alta validez de contenido mediante juicio de expertos y moderada-baja validez discriminante), aporta una visión multidimensional que ayuda a clarificar la posible influencia de enfermedades físicas, uso de fármacos, etc., en la manifestación de la sintomatología actual, cuenta con un gran número de trabajos empíricos en torno a ella y, por último, está diseñada específicamente para ancianos. Su principal inconveniente es que requiere evaluadores con gran conocimiento en el instrumento completo, lo que resulta costoso. Además, al no estar diseñada explícitamente para evaluar depresión necesita ser complementada con la utilización de otros criterios (p. ej., DSM-III o los RDC) y, por último, al ser un instrumento multidimensional no tiene la profundidad que otros instrumentos (p. ej., Entrevista Estructurada para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia, SADS, Endicot y Spitzer, 1978) elaborados para evaluar específicamente la depresión (Gallagher, 1986).

*OARS (Olders American Resources & Services Questionnaire, Duke University, 1978)*

La OARS (Olders Americans Resources and Services Questionnaire, Duke University, 1978) incluye 18 elementos sobre la sintomatología depresiva, todos ellos incluidos en el DSM-III (si bien este es posterior). Estos ítems que fueron catalogados como "Escala de Depresión de la OARS" se han utilizado (Blazer, 1980) para determinar la eficacia del DSM-III en diagnosticar depresión. Los resultados mostraron su utilidad para identificar ancianos deprimidos en marcos institucionales y no así en medios comunitarios. Gallagher (1986) señala que esta escala no mide duración de la sintomatología y tampoco incluye elementos que evalúen ideas de suicidio o comportamientos. Su principal ventaja es su brevedad. Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas se ha encontrado una alta fiabilidad interjueces y adecuada validez concurrente y discriminante.

### **3.3.5.2. Instrumentos específicos de autoinformes**

La principal tecnología en la evaluación de la depresión la constituyen los autoinformes, por lo que se dedicara un amplio espacio al análisis de los mismos. Seguidamente se comentarán algunos de los instrumentos más conocidos y utilizados para la evaluación de la depresión, en primer lugar, se describirá el Cuestionario de Actividades Reforzantes (Pleasant Events Schedule, PES, MacPhillamy y Lewinshon, 1982) y el Cuestionario de Actividades No-reforzantes (Unpleasant Events Schedules, UES, Lewinshon y Talkington, 1979), que aunque no evalúan propiamente depresión, sí miden una de las variables asociadas a ella, como son las actividades reforzantes/no reforzantes. Posteriormente se analizan los siguientes instrumentos: Autoinforme de Depresión de Zung (Self-rating Depression Scale, SDS; Zung, 1965), Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), Lista de Adjetivos para la Depresión (Depression Adjectives CheckList; DACL, Lubin, 1981) y la Escala Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale; Brink y col., 1982).

El "*Cuestionario de Actividades Reforzantes*" (*Pleasant Events Schedule, PES, MacPhillamy y Lewinshon, 1975*) y el "*Cuestionario de Actividades No-reforzantes*" (*Unpleasant Events Schedules, UES, Lewinshon y Talkington, 1979*), fueron originalmente contruídos para evaluar la ocurrencia y el impacto subjetivo de actividades reforzantes y no-reforzantes, respectivamente. Ello es importante por cuanto en la teoría de Lewinsohn sobre la depresión (Lewinsohn, Bigan y Zeiss, 1976; Lewinsohn, Munoz, Youngren y Zeiss, 1978), ésta estaría potencialmente causada por actividades placenteras deficitarias o por un aumento de las actividades desagradables. De aquí que, a la hora de evaluar a un sujeto deprimido, debería examinarse una de estas variables potenciales explicativas. Por ello, ambas escalas se han utilizado fundamentalmente en la evaluación, tratamiento e investigación de la depresión y permiten la clarificación de áreas problemáticas en las personas deprimidas: frecuencia de ocurrencia de acontecimientos no-reforzantes, susceptibilidad a acontecimientos no-reforzantes, ocurrencia poco frecuente de acontecimientos reforzantes e insensibilidad a acontecimientos reforzantes. Sin embargo, algunos de los ítems que componen estos cuestionarios no son apropiados para ancianos (p. ej., "nacimiento de un hijo") y, además, el número de los mismos es excesivo ( $n=320$ ) para población anciana, por lo que se procedió a realizar una versión para su uso con personas de edad avanzada.

Para la construcción de la versión para personas mayores se utilizó el grupo de sujetos de más edad que habían participado en la estandarización de la versión original del PES y del UES: 188 personas (de 50 a 97 años de edad) para la estandarización del PES y otros 320 sujetos para el UES. Para cada uno de los 320 ítems que componen los cuestionarios PES y UES, los sujetos debían valorar sobre una escala de 3 puntos la frecuencia de ocurrencia y el impacto subjetivo producido por cada acontecimiento, de tal forma que una alta puntuación significaba bien una alta ocurrencia de acontecimientos o bien un acontecimiento muy reforzante (PES) o muy aversivo (UES).

Para la elaboración del Cuestionario de Acontecimientos Reforzantes para Ancianos de los 320 ítems originales se seleccionaron 77 elementos que obtuvieron un valor superior tanto a 1 en la media de frecuencia de ocurrencia como en la media de

impacto subjetivo. Otros 37 ítems fueron incluidos por obtener una puntuación superior a 1.2 en la media de impacto subjetivo. Por tanto, la versión de acontecimientos reforzantes consta de 114 ítems. Para el Cuestionario de Acontecimientos No-reforzantes para Ancianos se seleccionaron los 131 elementos que alcanzaron una puntuación superior tanto a 1.2 en la media de frecuencia de ocurrencia como en la media de impacto subjetivo.

Por lo que respecta a las propiedades psicométricas de ambos autoinformes se puede considerar que son bastante adecuadas. En la Tabla 16 se encuentran los valores correspondientes a la correlaciones de las nuevas versiones con las escalas originales, así como su nivel de consistencia, mientras que en la Tabla 17 se proporcionan algunos datos descriptivos de la escala. También, se han realizado estudios para determinar la posible existencia de efectos debidos a la edad o al sexo, no encontrándose ningún efecto relacionado con la edad y sí con el sexo. En este sentido, las mujeres obtienen un menor grado de refuerzo proveniente de los acontecimientos reforzantes que los hombres (puntuaciones más bajas en impacto para las mujeres en PES) y, también, las mujeres sufren de un mayor estrés que los hombres por la ocurrencia de acontecimientos negativos (puntuaciones en impacto más altas en UES para las mujeres). Además, dentro de este grupo de personas entre 50 y 97 años de edad, las mujeres más jóvenes informaban de un mayor estrés debido al impacto de actividades no-reforzantes.

Tabla 16  
Cuestionarios de Acontecimientos Reforzantes/No reforz.  
Correlación con la escala original y consistencia

		Correlación	Consistencia
PES	Frecuencia	.96	.97
	Impacto	.94	.95
UES	Frecuencia	.98	.96
	Impacto	.99	.99

**Tabla 17**  
**Cuestionarios de Acontecimientos Reforzantes/No reforz.**  
**Datos descriptivos**

		Media
<b>PES</b>		
	Frecuencia	1.10
	Impacto	1.41
<b>UES</b>		
	Frecuencia	.37
	Impacto	1.29

*Autoinforme de Depresión (Self-rating Depresssion Scale, SDS, Zung, 1965)*

Esta Escala de Autoevaluación de la Depresión consta de 20 elementos con cuatro alternativas de respuesta, desde "nunca o poco tiempo" hasta "la mayor parte del tiempo o siempre". Por lo que respecta a su uso con ancianos presenta serios problemas: Mc Garvey, Gallagher, Thompson y Zelinski (1982) informan que su fiabilidad es limitada y no muestra una buena capacidad de discriminación entre ancianos deprimidos de los que no lo están (Zung y Green, 1973). Zung sugiere que se utilice una puntuación de 40 como criterio por encima del cual se considera que existe depresión. Aunque este valor clasifica correctamente el 88% de sujetos deprimidos lleva a clasificar incorrectamente al 44% de los no deprimidos (Yesavage, 1986), lo cual puede estar en relación con la tendencia a sobrestimar depresión por confusión de síntomas de depresión somáticos con envejecimiento normal (Gallagher, Mc Garvey, Zelinski y Thompson (1978).

### *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, Beck, 1967)*

El Inventario de Depresión Beck (Beck, 1967) consta de 21 items con cuatro o cinco alternativas de respuesta. Por lo que respecta a su uso con ancianos se han realizado diferentes estudios para determinar sus propiedades psicométricas. En un primer estudio (Gallagher, Nies y Thompson, 1982), el instrumento fue aplicado a una muestra de 77 ancianos (pacientes deprimidos) y a otra de 82 ancianos voluntarios (sin depresión). Los resultados mostraron una fiabilidad test-retest ( $r=.90$ ) con un intervalo de 6 a 21 días entre prueba y prueba, una consistencia interna de .91 (coeficiente alfa) y un índice de fiabilidad dos mitades de .84. En un segundo estudio (Gallagher, Breckenridge, Steinmetz y Thompson, 1983), participaron 102 ancianos sometidos a tratamiento por depresión. Además del BDI se les aplicó la Entrevista Estructurada para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (SADS, Endicott y Spitzer, 1978). Los resultados indicaron que los ancianos que obtenían una puntuación igual o superior a 17 en el BDI fueron diagnosticados con trastorno de "depresión mayor". También, encontraron que el 81% de los que obtenían una puntuación igual o inferior a 10 en el BDI no cumplían ningún criterio para cualquiera de los trastornos depresivos de los RDC. Tras la realización de los dos estudios mencionados, se concluye que el BDI reúne características psicométricas -fiabilidad y validez concurrente- apropiadas para su uso con ancianos.

Un análisis factorial realizado con el BDI (Zemore y Eames, 1979) a partir de una muestra de 79 ancianos -48 residentes en una institución y 31 en lista de espera para ingresar en una residencia- indicó la existencia de dos factores principales que explicaban el 37% de la varianza total. El primer factor sería general y estaba formado por items somáticos y cognitivo/comportamentales, mientras que el segundo estaba integrado principalmente por elementos cognitivos. Por desgracia, la naturaleza de la muestra empleada y su pequeño tamaño no permiten generalizar estos resultados (Gallagher, 1986b).

Gallagher (1986b) describe los principales objetivos con los que ha sido utilizada esta escala en población anciana. En primer lugar, puede utilizarse para la detección de la depresión, considerando que una puntuación de 17 o más en este inventario se correspondería con una depresión diagnosticada a través de los RDC. También se ha mostrado útil para evaluar ancianos "afligidos" (p. ej., viudos recientes) y determinar si los síntomas de depresión que muestran pueden considerarse parte de un proceso normal (tristeza normal, "grief") o son indicativos de un problema de depresión (Gallagher, Breckenridge, Thompson, Dessonville y Amaral, 1982). En este estudio, utilizaron tres muestras de sujetos para comparar sus respuestas sobre el BDI. La primera muestra estaba compuesta por 77 pacientes externos diagnosticados con un trastorno de depresión mayor, la segunda de las muestras estaba formada por 77 ancianos que habían perdido a su esposo/a en los dos últimos meses y la tercera se integraba por 82 ancianos que vivían en la comunidad. Los resultados mostraban cómo el grupo de ancianos con trastorno de depresión tenían puntuaciones significativamente superiores a cualquiera de los otros dos grupos. Además, los autores informan que los ancianos deprimidos y "afligidos" se diferenciaban bien de los ancianos sin problemas en el tipo de items contestados. Las personas de los dos primeros grupos informaban con mayor frecuencia estar llorosas, tristes e insatisfechas consigo mismos. Además, los deprimidos eran más pesimistas, se sentían más fracasados, más insatisfechos, eran más irritables, lloraban más, se sentían personalmente menos atractivos y mostraban mayor fatiga y preocupaciones de salud que los ancianos afligidos. En segundo lugar, el BDI es útil como índice de cambio en ancianos posteriormente a un tratamiento. Diversos estudios, (Gallagher y Thompson, 1982; Thompson y Gallagher, 1984; Thompson y Gallagher, 1985) han demostrado que el BDI es sensible como indicador de mejora en ancianos sujetos a tratamiento por depresión.

En tercer y último lugar, el BDI puede ser útil como índice de cambio durante el tratamiento determinando el nivel global de depresión a lo largo de las sesiones, lo que posibilita al terapeuta el control y valoración en mejores condiciones del estado y progreso del sujeto.



Por lo que respecta a los problemas que puede presentar el BDI en su uso con ancianos, encontramos que exige un nivel de educación medio para entender los ítems y distinguir entre las alternativas de respuestas. También, el BDI incluye cierto número de ítems somáticos que hacen necesario distinguir entre síntomas debidos a la salud y originados por el estado afectivo (Gallagher, 1986b). Por otra parte, se ha observado cierto recelo a la hora de responder al ítem concerniente a la sexualidad (Yesavage, 1986). Otros aspectos relativos a la aplicación del BDI se refieren a que éste, a diferencia del SDS (Zung), valora la intensidad de los síntomas antes que su frecuencia lo cual hace que sea más fácil de cumplimentar para los ancianos.

*Lista de Adjetivos para la Depresión (Depression Checklist Adjectives, DACL, Lubin, 1967, 1981)*

La Lista de Adjetivos para la Depresión fue desarrollada para evaluar el "humor depresivo". Consta de dos conjuntos de adjetivos. El primero de ellos tiene cuatro formas (A, B, C y D), cada una de las cuales contiene 22 adjetivos que indican depresión y 10 que indican afecto positivo. El segundo conjunto de adjetivos tiene tres formas (E, F y G) igualmente con 22 adjetivos de depresión y 10 de afecto positivo.

No hemos encontrado ningún trabajo específico con ancianos que determinen las propiedades psicométricas para este grupo de edad. Como es conocido, las propiedades psicométricas generales de la DACL son adecuadas (Lubin, 1967, 1981). Así, encontramos que la consistencia interna es elevada (superior a .85), la fiabilidad dos mitades es alta (superior a .83) y, por último, la validez concurrente y discriminante de la DACL son moderadas. Además, la muestra utilizada para la determinación de las propiedades psicométricas del instrumento original sí incluyó población de 61 años y más -aunque no de forma independiente para el cálculo de las garantías psicométricas-, obteniendo una media de 8.13, una desviación típica de 4.4 sobre una muestra de 306 ancianos (Lubin 1981).

***Escala de Depresión para Ancianos (Geriatric Depression Scale, GDS, Brink y col., 1982)***

La Escala de Depresión para Ancianos (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose, 1982; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey y Leirer, 1983) es la única escala de depresión construida específicamente para ancianos.

La construcción de la escala se comenzó mediante el criterio racional de expertos, quienes seleccionaron 100 ítems con respuesta dicotómica SI/NO que se habían mostrado útiles para distinguir ancianos deprimidos de no deprimidos. Posteriormente, se seleccionaron empíricamente los 30 ítems que habían correlacionado de forma más elevada con la puntuación total de la escala de 100 ítems, al ser aplicada ésta a una muestra de ancianos voluntarios que vivían en la comunidad. Ninguno, de los 30 ítems finales eran ítems somáticos, -aunque 12 de los 100 originales si lo eran- por lo que uno de los problemas de los autoinformes para evaluar la depresión, como se ha venido comentando quedaba solventado.

Posteriormente, la escala de 30 ítems fue validada con dos criterios independientes de depresión, la SDS de Zung y la HRS-D (una versión convertida en autoinforme de la entrevista Hamilton Rating Scale). Este nuevo estudio se realizó sobre dos muestras, una de ancianos no deprimidos y otra de ancianos deprimidos, además estos últimos fueron divididos en severos y moderados -según los Criterios para el Diagnóstico en la Investigación (RDC)-. Las correlaciones entre la variable de clasificación (no deprimido, deprimido moderado y deprimido severo) y la GDS, la SDS y la HRS-D fueron  $r=.82$ ,  $r=.69$  y  $r=.83$ , respectivamente, todos ellos estadísticamente significativos ( $p<.001$ ).

Con respecto a los criterios, una puntuación de 11 en la GDS tiene un 84% de sensibilidad (sujetos deprimidos clasificados correctamente) y un 95% de especificidad (sujetos normales clasificados correctamente). Un criterio más restringido de 14 tiene una tasa de 80% de sensibilidad y un 100% de especificidad. A la luz de

estos datos los autores sugieren que una puntuación de 0 a 10 debe ser considerada normal y 11 o más como un posible indicador de depresión.

En un estudio posterior (Gallagher, Breckenrige, Steinmetz y Thompson, 1983) se comprobó que la GDS diferenciaba ancianos deprimidos de no deprimidos, a pesar de que todos los sujetos de la muestra padecían enfermedad física -uno de los inconvenientes en la evaluación de la depresión en ancianos-. Además, la GDS diferenciaba ancianos dementes deprimidos de ancianos dementes no deprimidos.

Posteriormente, tras la realización de los estudios originales de validación GDS se han realizado múltiples trabajos con esta escala. A continuación se exponen brevemente los resultados principales de estos trabajos.

- . Realizar una reminiscencia de temas positivos durante cinco minutos no influye en la fiabilidad test-retest de la escala, por lo que parece que la GDS no mide estados de humor pasajeros (Brink, Curra, Dorr, Janson, McNulty y Messina, 1985).

- . Los resultados encontrados por los autores de la escala con ancianos que viven en la comunidad son similares a los obtenidos con ancianos que viven en residencias con respecto a la fiabilidad y validez. Por lo que respecta a la sensibilidad y especificidad de la escala los resultados no son homogéneos, especialmente para ancianos con niveles intermedios de depresión (Leshner, 1986; Parmelee, Katz y Lawton, 1989).

- . La validez concurrente de la GDS y el BDI es alta (Scogin, 1987) (Kierman, Wilson, Suter, Naqvi, Moltzen y Siver, 1986), así como también lo es la sensibilidad al tratamiento de ambos, por lo que se supone que el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión para Ancianos evalúan el mismo constructo global de depresión (Scogin, 1987).

- . La Escala de Depresión para Ancianos es estable con respecto a las distintas instrucciones que se pueden dar para su cumplimentación (Dunn y Sacco, 1988).

- . Un análisis factorial de la escala señala que es básicamente unidimensional (Parmelee, Katz y Lawton, 1989).

. La validez concurrente de la Escala de Depresión de Ancianos (GDS) con el Listado de Síntomas de Depresión (DSC, autoinforme con los síntomas de depresión del DSM-II) es mayor entre la GDS y la SDS de Zung o que entre la DSC y la SDS (Dunn y Sacco, 1988).

. Con la SDS de Zung se obtiene una tasa de cumplimentación del cuestionario más baja que con la GDS (Dunn y Sacco, 1989).

. Las respuestas en la GDS no varían con la edad o el tiempo de institucionalización, pero sí tienen una correlación positiva con las enfermedades o la incapacidad física.

Por último, se ha construido una escala reducida de la GDS con 15 de los 30 elementos originales que tenían una mayor correlación con la escala total en los estudios de validación originales. Para validar esta forma abreviada de la escala se administraron las dos formas de la GDS a una muestra de 35 ancianos (17 pacientes y 18 ancianos voluntarios) obteniéndose una alta correlación ( $r=.84$ ) entre ambos (Sheikh y Yesavage, 1986). Sin embargo, en un estudio posterior (Alden, Austin y Sturgeon, 1989) se encontró que en una replicación del trabajo anterior, la correlación entre las dos formas de la GDS fue de .66, concluyéndose que no es lo suficientemente alta como para considerar que la forma abreviada pueda sustituir a la original.

Existe un estudio, en nuestro país, de validación y baremación de una versión abreviada de la GDS (González, 1988; González y Szurek, 1990). El estudio consiste en la aplicación de la Escala de Depresión de Ancianos (GDS) a una muestra de 130 sujetos institucionalizados ( $X= 87.5$  años) que no habían sido diagnosticados previamente de depresión. Del total de los 30 ítems de la versión original fueron seleccionados 20 ítems con una alta consistencia ítem-total ( $N=101$ ) intentando mantener la relación entre ítems directos e invertidos. Se encontró una correlación ítem-total que oscila entre  $r=.43$  y  $r=.69$  ( $X= .55$ ). También se informa de un alto valor de la fiabilidad según el método dos mitades ( $r= .88$ ). Por último, se obtuvieron baremos de la GDS ( $N=130$ ) mediante puntuaciones centiles (González y Szurek, 1990). Creemos necesario destacar dos aspectos del trabajo por su posible influencia sobre las garantías psicométricas expuestas. En primer lugar, la Escala de Depresión para Ancianos utilizada no se utilizó según la forma original, mediante autoinforme, sino que se ha convertido en una "escala

de apreciación", es decir, fue cumplimentada mediante entrevista, de tal modo que el evaluador, durante el transcurso de una conversación, exponía los items a los sujetos. El propio evaluador debía valorar y puntuar durante la entrevista las respuestas del sujeto sobre un número determinado de categorías. Por ello, a nuestro juicio, es imprescindible obtener datos sobre fiabilidad interjueces para garantizar la adecuación de este procedimiento. En segundo lugar, mientras que la escala original tiene un formato de respuesta SI/NO, de tal modo que tras la corrección de la escala se asigna a los items un valor de 1 ó 0, en este estudio, se modifica esta forma de puntuación, incluyéndose categorías intermedias. Este procedimiento puede tener, al menos, dos importantes consecuencias. En primer lugar, es posible que disminuya la fiabilidad de la escala al incrementarse el número de categorías sobre las que se debe valorar y, en segundo lugar, esta modificación del formato original no sólo se aleja de la intención de los autores de conseguir una mayor facilidad de respuesta por parte de los ancianos, sino que, como ha sido demostrado, puede conducir a una mayor tasa de omisión de respuesta (Dunn y Sacco, 1989). Por último, parece necesaria en el futuro una mayor clarificación sobre los criterios para establecer los "puntos de corte" a partir de los cuales definir diferentes niveles de depresión según esta escala, además de una validación de la misma mediante el uso conjunto de otros instrumentos de evaluación de la depresión.

Como resumen, es posible señalar algunos aspectos sobre la evaluación del funcionamiento afectivo en la vejez. La presencia de algunas manifestaciones depresivas es el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez, al cual contribuyen significativamente los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen como consecuencia del paso de los años. La aparición de las manifestaciones más frecuentes de la depresión se asocia estrechamente a características personales y ambientales. Así, por ejemplo, existiría una relación entre la manifestación de la depresión y el padecimiento de enfermedades físicas, si bien existen ciertos determinantes que modulan tal relación. Algunas otras variables como la memoria, el aislamiento social, el bienestar, la realización de actividades placenteras, la jubilación o el traslado a una institución, son también, algunas de las variables asociadas a la manifestación de la depresión.

Existen múltiples problemas para la evaluación y el diagnóstico de la depresión en personas mayores: la ambigüedad del término depresión y los consiguientes problemas que esto conlleva para su identificación, la dificultad en diferenciar la depresión de la demencia y, por último, la intervención de otros factores tales como los efectos de los fármacos o de determinadas enfermedades que pueden provocar o aumentar síntomas similares a los de la depresión. Existen, además, algunas dificultades metodológicas añadidas en la evaluación de la depresión en personas mayores. Así, por ejemplo, en la aplicación de instrumentos de evaluación, determinados ítems de naturaleza somática, de preocupación por la muerte o la salud o, bien, referentes al sexo, pueden no ser apropiados para ancianos, lo que ha llevado a plantear a algunos autores la validez de constructo de instrumentos de depresión de población en su aplicación al grupo de personas de más edad.

Por último, cabe destacarse que, al igual que para otros grupos de edad, la entrevista y los instrumentos específicos de autoinforme son la principal tecnología para la evaluación de la depresión en ancianos.

### **3.4. EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL:**

---

#### **3.4.1. BIENESTAR SUBJETIVO**

##### **3.4.1.1. Introducción**

El bienestar subjetivo y otros aspectos muy relacionados con él constituyen el tema de estudio más antiguo y que ha recibido una mayor atención en la gerontología social. Por otra parte, el 25% de las investigaciones publicadas sobre el bienestar en general están realizadas con población anciana por lo que parece clara su especial importancia en relación con este grupo de edad (George y Bearon, 1980). Sin embargo, el gran número de trabajos realizados sobre el bienestar subjetivo no ha llevado consigo la clarificación de este concepto, así como tampoco un acuerdo en cuánto a su evaluación. En gran medida ello se debe a la confusión existente en torno al significado de las dimensiones que, en la literatura, aparecen frecuentemente asociadas al bienestar subjetivo, así como a la falta de clarificación de las relaciones entre estas mismas dimensiones y de éstas con el constructo global de bienestar (Liang, 1984).

Por otra parte, aunque algunos investigadores han diferenciado entre bienestar subjetivo y psicológico (Lawton, Kleban y Di Carlo, 1984) considerando que el bienestar subjetivo incluiría el bienestar psicológico más otro conjunto de aspectos como la autoestima, la salud auto-percibida, la utilización del tiempo, etc., generalmente, existe acuerdo en utilizar el término de bienestar subjetivo de forma intercambiable con bienestar psicológico (Costa y McCrae, 1980; George, 1981), perspectiva esta última que nosotros adoptaremos en este trabajo.

En las siguientes páginas, se va a realizar una revisión sobre el tema del bienestar subjetivo. Para ello, en primer lugar, trataremos de clarificar el significado e importancia de este concepto. Posteriormente, nos detendremos a revisar las dos principales estrategias en el estudio del bienestar, la factorial y la correlacional, lo que nos permitirá conocer las dimensiones que subyacen al constructo de bienestar, así como identificar los determinantes del mismo entre las personas mayores. Finalmente, revisaremos algunos de los principales instrumentos de evaluación del bienestar psicológico.

Se pueden encontrar algunas revisiones del constructo de bienestar psicológico y su operativización en George (1981), George y Bearon (1980), Lawton (1977, 1982) y Stones y Kozma (1980), así como de los correlatos del bienestar psicológico en Adams (1971), Larson (1978) y Stock, Okun, Haring y Witter (1985).

#### **3.4.1.2. El concepto de bienestar subjetivo**

El "bienestar subjetivo" es un concepto de uso frecuente en el campo de la psicología y otros campos afines que adolece de una adecuada claridad conceptual. Por ello, parece interesante comenzar planteando la siguiente pregunta: ¿a qué nos referimos al hablar de "bienestar subjetivo?".

Los primeros estudios sobre el bienestar psicológico tendían a buscar criterios externos del mismo al propio individuo, especialmente indicadores objetivos de salud mental (Hollingshead y Redlich, 1958). Posteriormente, paso a ser considerado como un constructo abstracto supraordinal explicativo de cómo las personas experimentan afectivamente su propia vida a lo largo de un continuo que va desde lo más positivo hasta lo más negativo (Okun y Stock, 1987). De esta forma el bienestar subjetivo adquiere carácter de concepto subjetivo y, por ello, los teóricos comenzaron a utilizar criterios que fueran, a su vez, subjetivos.



Entre estos criterios, se pueden encontrar la "felicidad", la "satisfacción con la vida" y el "estado de ánimo" -"morale"-, constituyéndose en los constructos subordinados del constructo global bienestar.

Con respecto al examen de cada uno de los anteriores conceptos podemos señalar que la "felicidad" fue el primero de ellos utilizado como criterio subjetivo de bienestar (Gurin, Veroff y Feld, 1960), si bien, actualmente, aparece en la literatura con una baja frecuencia (Lawton, 1982). El término de "felicidad" se refiere, principalmente, a una respuesta de tipo afectivo carente de componentes cognitivos. Por lo que se refiere a la "satisfacción con la vida", ésta se refiere a la evaluación cognitiva que una persona hace de su propia vida según el grado de satisfacción hacia ella, o, lo que es lo mismo, la evaluación global de la propia existencia extraída a partir de la comparación entre las aspiraciones y los logros conseguidos (George, 1979). La satisfacción con la vida en relación con los ancianos ha sido operativizada por Neugarten, Havighurst y Tobin (1961), a partir de los juicios emitidos por investigadores y clínicos, a quienes se pidió que definieran la "resistencia o fortaleza psicológica" en los ancianos. Tras una serie de análisis, finalmente, se obtuvieron cinco dimensiones: "ánimo vs. apatía", "resolución y fortaleza", "adaptación", "autoconcepto" y "tono de humor", que les sirvieron para construir el Índice de Satisfacción en la Vida (Life Satisfaction Index, Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961) (ver epígrafe de instrumentos, 3.4.1.4.).

Por último, "estado de ánimo" ha sido uno de los primeros constructos de bienestar subjetivo utilizado con población anciana. A diferencia de los conceptos anteriores, se han realizado pocos trabajos para determinar la validez discriminante del estado de ánimo en relación con otros indicadores de bienestar. Así, por ejemplo, se ha llegado a afirmar que los gerontólogos tratan el tema del bienestar psicológico en términos genéricos de estado de ánimo y, por tanto, bajo este concepto se incluirían múltiples aspectos del bienestar (George, 1979). Como ilustración de esto basta decir que la escala más conocida de evaluación del estado de ánimo (Escala de Satisfacción de Filadelfia, Lawton, 1972) tuvo como objetivo principal en su construcción, evaluar el "estado psicológico" de los ancianos desde un enfoque multidimensional, en

respuesta a otros instrumentos que conceptualizaban la satisfacción como algo unidimensional. Quizá, como el propio Lawton (1982) afirma sería conveniente abandonar este término de estado de ánimo en beneficio de otro más preciso.

Posteriormente a la consideración de estos tres conceptos ya clásicos, diferentes autores han replanteado la cuestión de qué dimensiones debe comprender el constructo de bienestar psicológico. Así, por ejemplo, se han postulado las siguientes dimensiones: congruencia, "felicidad", afecto negativo y afecto positivo (Lawton, Kleban y Di Carlo, 1984; Liang, 1985). Estos criterios se distinguirían entre sí, en función de dos criterios: *cognitivo versus afectivo* y *tiempo de referencia* (George, 1981). Por "congruencia" se entendería lo que anteriormente se ha definido como satisfacción con la vida, esto es, la evaluación sobre el grado en que se han conseguido los objetivos deseados. La "felicidad" se refiere a un estado afectivo positivo de larga duración o lo que es lo mismo una evaluación cognitiva del afecto positivo. El "afecto positivo" hace referencia a un sentimiento transitorio de satisfacción, el cual es más un estado emocional que un juicio cognitivo. Por último, el "afecto negativo" sería también un sentimiento transitorio en el que se incluyen síntomas de desajuste psicológico tales como agitación, ansiedad, pesimismo, etc.

Otros autores (Okun y Stock, 1987) mantienen los conceptos de "felicidad", satisfacción con la vida y estado de ánimo con una distinción principal entre ellos, el *tiempo de referencia*. La "felicidad" hace referencia tanto al tiempo actual, como a la satisfacción con la vida orientada hacia el pasado y el estado de ánimo orientado hacia el futuro. La satisfacción con la vida implica actividad cognitiva (comparación con los demás, consigo mismo entre ahora y el pasado, y "pasar revista" a la propia vida). El estado de ánimo se asocia con una moderada actividad cognitiva y la "felicidad" con baja actividad cognitiva al referirse a sentimientos positivos y negativos del momento presente.

En cualquier caso, parece existir acuerdo en no considerar el bienestar psicológico como una entidad unidimensional sino que, por el contrario, debe contemplarse como un constructo supraordinal compuesto a su vez por constructos subordinados. Existen, además, una serie de razones que exigen la diferenciación de estos conceptos, entre los que pueden señalarse la necesidad de resolver aspectos teóricos y metodológicos, la posibilidad de examinar diferencialmente hipótesis relacionadas con el impacto de cada uno de tales constructos, realizar una evaluación más precisa de las necesidades de las personas, valorar intervenciones y, por último, clarificar la comunicación en la comunidad científica (George, 1979; Horley, 1984).

En resumen, parece que existe cierto consenso tanto sobre la importancia de considerar el bienestar psicológico entre las personas mayores, como en conceptualizar el bienestar como una respuesta principalmente afectiva, aunque también incluya componentes cognitivos. No obstante, se aprecian deficiencias conceptuales en relación con la dimensionalización del bienestar, lo que determina el que la evaluación de este aspecto se vea limitada por estos problemas. Por último, como ponen de relieve diferentes autores (Horley, 1984; Sauer y Warland, 1982; Stones y Kozmma, 1980) parece necesario reconocer la inexistencia de intentos sistemáticos para integrar los distintos componentes del bienestar subjetivo dentro de un marco conceptual en la teoría de las ciencias sociales.

Veámos a continuación brevemente algunos aspectos relacionados con los dos tipos de estrategias utilizados en el análisis del bienestar psicológico entre las personas mayores.

#### **3.4.1.3. Estrategias de estudio en el análisis del bienestar subjetivo**

Se han utilizado dos tipos de estrategias para el análisis del bienestar. El análisis factorial se ha utilizado con el fin de determinar qué dimensiones son las que constituyen el bienestar psicológico evaluado a través de los principales instrumentos de evaluación de esta área. En otros estudios se ha seguido una estrategia correlacional

para evaluar el impacto y la fuerza de la asociación entre distintas variables - personales y ambientales- y el bienestar social; el objetivo principal de esta estrategia consiste en establecer el peso de determinadas variables en los modelos explicativos del bienestar subjetivo.

### Estrategia factorial

Mediante el análisis factorial se trata de dimensionalizar un área relativamente inexplorada y psicométricamente inadecuada, como es el bienestar psicológico. En los aproximadamente 40 años de historia de investigación sobre este tema, se ha realizado un número limitado de estudios que empleen análisis factoriales. En una revisión de la literatura, tan sólo se encontraron 19 estudios centrados en el análisis factorial (Okun, 1987). Diez de estos estudios se basaban sobre en una única escala -seis utilizaban sólo el Índice de Satisfacción con la Vida ( Neugarten, Havinghurst, y Tobin, 1961) (en adelante, LSI) y en otros cuatro utilizaban la Escala de Satisfacción de Filadelfia (Lawton, 1972) (en adelante, PGC)-, mientras que los nueve estudios restantes se basaban en más de una escala. A partir, de estos trabajos se pueden extraer algunas conclusiones de carácter general.

Por lo que respecta a la LSI, no todas las dimensiones originales propuestas por los autores, "ánimo vs. apatía", "resolución y fortaleza", "adaptación", "autoconcepto" y "tono de humor", se ven confirmadas a través de los resultados de los análisis factoriales; tan sólo las dimensiones "ánimo", "adaptación" y "tono de humor" parecen persistir en distintos estudios (Adams, 1969; Liang, 1984). En cuanto a la escala PGC, de las 6 dimensiones originalmente propuestas por los autores "surgencia", "actitud hacia el propio envejecimiento", "satisfacción con el estatus quo", "agitación", "optimismo" e "insatisfacción con la soledad", tras distintos estudios factoriales (Liang y Bollen, 1983; Morris y Sherwood, 1975), tan sólo se encuentran

consistentemente las dimensiones **Actitud hacia el Envejecimiento, Agitación e Insatisfacción con la Soledad.**

Por otro lado, si lo que se pretende es determinar la estructura general del bienestar subjetivo mediante una estrategia factorial será preciso incluir elementos representativos del universo de elementos que conformarían el bienestar subjetivo. Evidentemente, esto es más probable en los análisis en los que se incluyen múltiples escalas que supuestamente evalúan lo mismo. Así, los resultados de los análisis factoriales en los que se han incluido varias escalas sugieren la existencia de dos factores principales que compondrían el bienestar psicológico: **el afecto positivo y el afecto negativo** (Liang, 1985). Si además, se acepta que la valoración cognitiva que debe realizarse ante determinados elementos del bienestar (p. ej., en la "felicidad" y la "congruencia" propuestas por Liang) es un proceso cognitivo, esto debe ser considerado como un tercer factor (Stock, Okun y Benin, 1986).

#### Estrategia correlacional

Dos aspectos son los más importantes en la estrategia correlacional como forma de estudio del bienestar subjetivo: en primer lugar, determinar si existen diferencias debidas a la edad y, en segundo lugar, analizar cuáles son los correlatos de cualquier orden que se asocian a un mayor bienestar.

Por lo que respecta a la primera cuestión, la evidencia empírica demuestra que está escasamente asociada al bienestar subjetivo (Larson, 1978) y que las dimensiones que deben incluir los instrumentos de evaluación pueden permanecer invariantes en las diferentes edades (Carp y Carp, 1983). De forma casi anecdótica, puede considerarse ilustrativo un hallazgo en este sentido y que, en síntesis, viene a demostrar que aunque la probabilidad de que los ancianos se valoren a sí mismos como "muy felices" es menor comparativamente con grupos más jóvenes, sin embargo, los

ancianos manifiestan, en conjunto, un nivel general de satisfacción con la vida más alto (Campbell, Converse y Rodgers, 1976) .

A pesar de lo anteriormente expuesto, de acuerdo con Okun (1987) pensamos que la edad no debe ser relegada a un mero criterio para la selección de la muestra o simplemente ser utilizada como variable control. Por el contrario, sería especialmente interesante estudiar cómo las personas mayores mantienen su bienestar psicológico a pesar de la disminución objetiva en los recursos de que disponen (Herzog y Rodgers, 1981) así como analizar la evolución de los determinantes del bienestar psicológico con el paso del tiempo (George, Okun y Landerman, 1985). En relación con este último aspecto, existe un gran número de variables que se han sido utilizadas como correlatos del bienestar psicológico. Entre ellas podemos destacar los aspectos demográficos, el nivel de actividad, los estilos de logro, la salud, el apoyo social, la depresión y las características del ambiente físico y social.

En este sentido, existen estudios que contemplan la posible influencia de distintos correlatos del bienestar subjetivo en los ancianos. Así, se ha encontrado que, en orden decreciente de influencia, el bienestar subjetivo está determinado por la salud, el estado socioeconómico, el grado de interacción social, el estado civil, el alojamiento y la disponibilidad de transporte (Larson, 1978). Otros resultados similares ponen de relieve que el bienestar está determinado por la salud, la asistencia a servicios religiosos, los ingresos económicos, el estatus socioeconómico, la educación, la ocupación y las actividades sociales (Stock, Okun, Haring y Witter, 1985).

En general, por lo que respecta al peso de las variables citadas en la explicación del bienestar se puede señalar que el sexo y la edad son independientes del bienestar psicológico y que otras variables relacionadas con los roles sociales (p. ej., estado civil y ocupación) tienen tan sólo una débil relación con aquél. Otros aspectos, tales como el estatus social (p. ej., ingresos), mantienen una correlación modesta con el bienestar subjetivo, como ocurre con las variables relativas al "estilo de vida" (actividad social, alojamiento, transporte y asistencia religiosa). Por último, puede

afirmarse que la salud es el predictor más fuerte de bienestar subjetivo. Respecto a este último factor hay que señalar que la salud autopercebida es un predictor más potente que la salud valorada por el médico, comprobándose que hasta un 16% de la varianza del bienestar subjetivo puede estar explicada por la salud autopercebida (Okun, 1987).

Otros estudios que utilizan una estrategia correlacional han obtenido algunos resultados sugerentes, según se exponen brevemente a continuación.

Se ha demostrado que la variable **planificación hacia el futuro** es relevante en el estudio del bienestar. Así, se ha encontrado que los ancianos que realizan planes para los siguientes años informan tener una satisfacción más alta (Dickie, Ludwig y Blauw, 1979), lo cual es congruente con otros estudios anteriores (Schonfield, 1973; Spence, 1968), en los que se mostraba cómo planificar el futuro estaba asociado positivamente a una buena adaptación en el presente.

En otro estudio (Die, Seelbach y Sherman, 1987) se encontró que la salud, la participación social, la edad, el **estilo de logro directo** y el **estilo de logro instrumental** (este de forma inversa) eran los mejores predictores del bienestar, especialmente estos dos últimos. El estilo directo de logro haría referencia a un estilo en el que prima el esfuerzo individual y la adquisición de una sensación de competencia, mientras que el instrumental se refiere a un modelo de logro basado en la manipulación, la dependencia de la actuación de otros y la utilización de lo ya conseguido en el pasado. Este último estilo puede conducir a hostilidad y rechazo por parte de personas cercanas y significativas lo que desemboca en aislamiento, soledad y relaciones sociales deterioradas.

Una variable de gran interés es el **impacto del ambiente** sobre el bienestar psicológico de los ancianos. En algunos estudios (Carp y Christensen, 1986; Golant, 1984; McAuley y Offerle, 1983) se ha demostrado cómo las características ambientales sociales y físicas favorecen la satisfacción de las personas mayores. Por ejemplo, la sensación de confort físico y social en instituciones para ancianos se asocia de forma

positiva al bienestar psicológico (Namazi, Eckert, Kahana y Lyon, 1989). Además una variable ambiental como es el tamaño de la residencia influye en el bienestar de tal forma que en residencias más pequeñas es más alto (Curry y Ratliff, 1973; Namazi, Eckert, Kahana y Lyon, 1989, Sherman y Newman, 1977). Esto puede explicarse porque las residencias más pequeñas son más parecidas al ambiente del hogar, se acomodan mejor a las necesidades sociales de los ancianos y permiten una personalización de la atención, e incluso porque, tal como ha sido puesto de relieve (Izal, 1990) el clima social es más positivo en las residencias más pequeñas.

Un último aspecto que se va a tratar es la relación entre la satisfacción y apoyo social y los síntomas de depresión. La evidencia empírica sugiere que la satisfacción con el apoyo social con que se cuenta en un momento dado influye en la aparición o no de síntomas de depresión, pero que, sin embargo, un nivel inicial de síntomas de depresión no determina que se modifique posteriormente la satisfacción con el apoyo social. En definitiva, la satisfacción con el apoyo social influye en los sentimientos subsiguientes de bienestar (Krause, Liang y Yatomi, 1989).

#### **3.4.1.4. Instrumentos de Evaluación**

Desde que fuera creado el primer inventario de bienestar subjetivo (Inventario de Actitudes de Cavan, Burgess, Havinghurst y Goldhamer, 1949), se han desarrollado múltiples cuestionarios y escalas de evaluación del bienestar subjetivo. Todas estas escalas tienen en común que los indicadores del bienestar subjetivo utilizados para evaluar ya sea la "felicidad", la "satisfacción con la vida" o el "estado de ánimo", se refieren más a un nivel global que a aspectos o preocupaciones específicas acerca del bienestar (Andrews y Withney, 1976). Lo global haría referencia a la vida en general, mientras que el específico se referiría a áreas concretas de la vida como, por ejemplo, la familia.



En general, a pesar del tiempo transcurrido desde la creación del último cuestionario de evaluación del bienestar (Escala Triple de Schonfield, 1973), el desarrollo psicométrico de la mayor parte de las escalas es insuficiente (Magnen y Peterson, 1982). No obstante, existen dos instrumentos que han merecido un mayor atención por parte de investigadores y clínicos: Índice de Satisfacción con la Vida (Life Satisfaction Index, Neugarten, Havighurst, y Tobin, 1961) y la Escala de Satisfacción de Filadelfia (Philadelphia Morale Geriatric Morale Scale, Lawton, 1972) cuyo desarrollo conceptual y psicométrico es muy superior al resto y que serán comentados a continuación.

***Índice de Satisfacción con la Vida (Life Satisfaction Index,  
Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961)***

La construcción de esta escala responde a la consideración de cinco componentes básicos: "ánimo vs. apatía", "resolución y fortaleza", "adaptación", "autoconcepto" y "tono de humor". Así, una persona que se sitúa en la parte más positiva del continuo de satisfacción, estaría satisfecho por la realización de las actividades que implica la vida cotidiana, consideraría que su vida tienen sentido, sentiría que ha tenido éxito en obtener los objetivos propuestos, tendría una imagen positiva de sí misma y mantendría una actitud y un humor optimista y feliz.

Este instrumento tiene dos formatos (A y B). La forma A (LSI-A) consta de 20 afirmaciones con las que el respondente puede estar de acuerdo o en desacuerdo. La forma B (LSI-B) contiene 12 elementos con dos o tres categorías de respuesta para cada elemento. Se han desarrollado dos versiones abreviadas de la LSI-A, la primera compuesta de 13 ítems (LSI-Z) (Wood, Wylie y Sheafor, 1969) y la segunda consta de 18 elementos (Adams, 1969).

Por lo que se refiere a su administración, la escala es fácilmente aplicable con ancianos (Magnen y Peterson, 1982). Además, parece que el Índice de Satisfacción en la Vida es un instrumento que tiene una mayor aceptación y significación para personas mayores que para personas más jóvenes (Neugarten y col., 1961; Wood y col., 1969).

La puntuación final de la escala se calcula sumando todas las respuestas que se sitúan en la dirección correcta. Los autores de la escala informan que la puntuación media de la LSI-A fue 12.4 (15.1 para la LSI-B) con una desviación típica de 4.4 (3.6 para la LSI-B). Adams (1969) realizó un análisis factorial de la escala obteniendo cuatro factores: "tono de humor", "ánimo", "congruencia" y un último factor cuyo contenido resultó imposible interpretar. Además, dos de los ítems no saturaban ningún factor por lo que se sugirió su eliminación. Por lo que se refiere a la versión abreviada de (LSI-Z) compuesta por 13 ítems, una vez eliminados los elementos la puntuación media que se obtuvo fue de 11.6 con una desviación típica de 4.4.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la fiabilidad (valor discriminante, Valor-D) de la forma LSI-A se considera aceptable (entre 20% y 80%) para todos los ítems excepto para el 11, y para la forma LSI-Z la consistencia (Kuder-Richardson) es adecuada con un valor de .79 (Wood y col., 1969). Por lo que respecta a la validez, se han realizado numerosos estudios. Así, por ejemplo, Neugarten y col. (1961) correlacionaron las formas A y B con el juicio de expertos (LSI-R) sobre la satisfacción de los ancianos que habían respondido al LSI-A e LSI-B, encontrando tan sólo una débil validez de contenido (LSI-A,  $r=.55$ ; LSI-B,  $r=.58$ ). Wood y col. (1969) informan de una correlación entre el LSI-A y el LSI-B de .57. Lohman (1977) examinó las correlaciones entre el LSI-A, LSI-B, LSI-Z y la revisión de Adams, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 18.

**Tabla 18.**  
**Indice de Satisfacción con la Vida**  
**Correlaciones entre las distintas formas**

	ISV-A	ISV-B	ISV-Z	Adams (1969)
<b>ISV-A</b>	-	.62	.94	.98
<b>ISV-B</b>	-	-	.63	.64
<b>ISV-Z</b>	-	-	-	.95

Por último, debe señalarse que análisis posteriores realizados mediante estrategia factoriales, han encontrado que tan sólo las dimensiones "ánimo", "adaptación" y "tono de humor" son consistentes a través de los distintos estudios (Adams, 1969; Liang, 1984), y que a partir de los estudios factoriales en los que se incluyen múltiples escalas para evaluar el bienestar, puede concluirse que el LSI no es una medida pura del constructo "satisfacción con la vida" (Dobson, Powers, Keith y Goudy, 1979; Kleemack, Carlson y Edwards, 1974).

*Escala de Satisfacción de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC, Lawton, 1972).*

Esta escala, construida en el Centro Geriátrico de Filadelfia, evalúa el "estado de ánimo", considerado como un concepto multidimensional de bienestar psicológico. Según esta escala un estado de ánimo elevado se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que "uno tiene su sitio en esta vida" y la aceptación de lo que no se puede cambiar (Lawton, 1972).

La escala original constaba de 22 elementos de respuesta dicotómica Si-No. La muestra empleada en la elaboración de la escala fue de 300 ancianos institucionalizados y la utilizada en la elaboración de la versión definitiva (Lawton, 1975) fue de 1086 ancianos, tanto ancianos institucionalizados como residentes en la comunidad.

Los elementos que componen la PGC estaban distribuidos en 6 factores diferenciados: "surgencia", "actitud hacia el propio envejecimiento", "satisfacción con el estatus quo", "agitación", "optimismo" e "insatisfacción con la soledad". La utilización de esta versión original ha estado muy poco extendida, prefiriéndose utilizar alguna de las dos versiones derivadas de los trabajos posteriores de Morris y Sherwood (1975) y Lawton (1975). En el primer estudio, se encontraron, tras diversos análisis, tres factores: "agitación", "actitud hacia el propio envejecimiento" e "insatisfacción con la soledad" sugiriéndose la eliminación de 5 elementos. Posteriormente, sobre esta escala de 17 elementos se realizaron análisis factoriales adicionales, encontrándose dos factores: "tranquilidad" y "satisfacción con el progreso en la vida" e indicándose la conveniencia de eliminar dos nuevos elementos. Con posterioridad, Lawton (1975) revisó su escala original encontrando los tres primeros factores señalados por Morris y Sherwood, al mismo tiempo que reincorporó dos de los items eliminados por estos últimos autores.

La administración de la escala a ancianos es muy fácil ya que presenta un lenguaje comprensible incluso para personas de edad muy avanzada. Puede aplicarse tanto en forma oral como escrita. Además, al ser una escala muy corta no resulta fatigosa para los ancianos, siendo fácil mantener su atención durante el tiempo de evaluación.

En cuanto al significado y elementos que constituyen cada una de las tres dimensiones establecidas, se puede señalar que la "agitación" hace referencia a elementos que evalúan ansiedad o humor disfórico, la "actitud hacia el propio envejecimiento" se relaciona con la evaluación del cambio auto-percibido (o ausencia

de cambio) cuando se envejece y cómo se valoran estos cambios y, por último, la "insatisfacción con la soledad" representa la aceptación e insatisfacción con el grado de interacción social experimentado en el momento actual.

Por lo que respecta a la forma de puntuación y las propiedades psicométricas se pueden resaltar los siguientes aspectos. La puntuación para cada una de las tres dimensiones se obtiene sumando un punto por cada respuesta que indica satisfacción perteneciente al propio factor y, posteriormente, se suman todas las puntuaciones para obtener la puntuación final en el mismo. En la Tabla 19 se presentan algunos datos descriptivos de la Escala de Satisfacción de Filadelfia -versión de Lawton, 1975-. Con respecto a la fiabilidad de la escala, Lawton (1972) informa que la fiabilidad dos mitades de la escala es .79 con un coeficiente de consistencia interna (Kuder-Richardson) de .81. En la Tabla 20 se presentan los coeficientes de fiabilidad encontrados en los distintos estudios.

Con respecto a la validez de la PGC, además de lo expuesto en relación con los estudios factoriales, se han realizado otros trabajos que dan cuenta de la validez de esta escala (ver Magnen y Peterson, 1982). En primer lugar, se ha determinado la correlación de la PGC con el criterio de jueces expertos familiarizados con los ancianos, obteniéndose coeficientes de .43 y .53. En segundo lugar, se obtuvo la validación cruzada con respecto a la LSI valorada por un juez sobre 40 ancianos obteniéndose un coeficiente de .57. Por último, Lohmann (1977) correlacionó la escala PGC con otras nueve medidas de bienestar obteniendo correlaciones que variaban entre .46 y .79, para la versión original, y entre .37 y .80, para la versión de Morris y Sherwood. Además, ambas versiones mantenían una elevada correlación ( $r = .95$ ).

**Tabla 19**  
**Escala de Satisfacción Filadelfia**  
**Estadística descriptiva**

<b>Factor</b>	<b>Escala</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>DT</b>
<b>Factor 1</b>	<b>Agitación</b>	<b>929</b>	<b>4.3</b>	<b>1.6</b>
<b>Factor 2</b>	<b>Actitud</b>	<b>931</b>	<b>2.1</b>	<b>1.5</b>
<b>Factor 3</b>	<b>Insatisfacción</b>	<b>930</b>	<b>4.8</b>	<b>1.5</b>
<b>TOTAL</b>		<b>928</b>	<b>11.3</b>	<b>3.7</b>

Con respecto a la validez de la PGC, además de lo expuesto en relación con los estudios factoriales, se han realizado otros trabajos que dan cuenta de la validez de esta escala (ver Mangen y Peterson, 1982). En primer lugar, se ha determinado la correlación de la PGC con el criterio de jueces expertos familiarizados con los ancianos, obteniéndose coeficientes de .43 y .53. En segundo lugar, se obtuvo la validación cruzada con respecto a la LSI valorada por un juez sobre 40 ancianos obteniéndose un coeficiente de .57. Por último, Lohmann (1977) correlacionó la escala PGC con otras nueve medidas de bienestar obteniendo correlaciones que variaban entre .46 y .79, para la versión original, y entre .37 y .80, para la versión de Morris y Sherwood. Además, ambas versiones mantenían una elevada correlación ( $r = .95$ ).

Tabla 20

**Escala de Satisfacción Filadelfia**  
**Coefficientes de fiabilidad**

Componente	Lawton (1972)		Morris-Sherwood (1975)		Lawton (1975)
	(institución)	(comunidad)	(comunidad)	(institución)	
Agitación	.67	.84	-	-	.85
Actitud hacia la vejez	.81	.89	-	-	.81
Insatisfacción y soledad	.38	.84	-	-	.85
Surgeancy	.22	.81	-	-	-
Aceptación de Status Quo	.32	.66	-	-	-
Optimismo	.58	.44	-	-	-
Tranquilidad	-	-	.73	.78	-
Satisfacción con el progreso en la vida	-	-	.58	.65	-
TOTAL	.75	.80	-	-	-

Finalmente, con respecto a la Escala de Satisfacción de Filadelfia deben considerarse los hallazgos provenientes de una metodología que parece imponerse en determinados ámbitos de las ciencias sociales. Nos referimos a los modelos de ecuaciones estructurales que permiten realizar análisis confirmatorios sobre modelos teóricos propuestos. Por lo que respecta a su aplicación al análisis del bienestar subjetivo y, más concretamente, al estudio de la PGC hay que señalar dos premisas importantes. En primer lugar, la naturaleza multidimensional -con tres factores- de la PGC parece que es una cuestión bien asentada (George y Bearon, 1980). En segundo lugar, algunos de los problemas encontrados con la PGC referentes a errores de medida, el uso de estadísticos inadecuados, empleo de análisis factoriales con rotaciones ortogonales cuando se supone que las dimensiones que componen el bienestar subjetivo están interrelacionadas (Lawton, 1972) y, por último, la mayor parte de los estudios se centran en definir la naturaleza multidimensional del bienestar subjetivo sin que existan explicaciones teóricas sobre la correlación entre estas dimensiones.

Estos problemas podrían ser paliados utilizando modelos de ecuaciones estructurales. Liang y Bollen (1983) utilizan este procedimiento en un estudio con la versión de la Escala de Satisfacción de Filadelfia revisada que contiene 15 elementos. De este estudio se derivan sugerentes conclusiones. Dependiendo del nivel de abstracción que se fije, la Escala de Satisfacción de Filadelfia, es tanto unidimensional como multidimensional. En un nivel de primer orden sería multidimensional ya que se confirman los tres factores ("agitación", "actitud hacia la vejez" e "insatisfacción con la soledad"). No obstante, la covariación entre los tres factores de primer orden es explicada por un factor de segundo orden, la "satisfacción global". Así, desde un nivel de segundo orden la escala es unidimensional. Más aún, el nivel de segundo orden, la "satisfacción global con la vida" explica el 90% de la varianza del factor "insatisfacción", un 61% del factor "agitación" y un 74% del factor "actitud hacia el propio envejecimiento". En resumen, aunque pueden existir otros determinantes para los tres factores propuestos, la satisfacción global en la vida parece ser una variable explicatoria de mucha fuerza en las dimensiones propuestas para la Escala de Satisfacción de Filadelfia.



Para terminar, parece posible concluir que existe cierto consenso, tanto sobre la importancia de considerar el bienestar psicológico entre las personas mayores, como en conceptualizar el bienestar como una respuesta principalmente afectiva, aunque también incluya componentes cognitivos. No obstante, se aprecian deficiencias conceptuales en relación con la dimensionalización de este concepto, lo que determina que su evaluación se vea limitada por estos problemas.

Las estrategias para el análisis del bienestar han sido básicamente dos. Desde la primera de ellas, la estrategia factorial, los resultados han sugerido la existencia de tres factores principales que compondrían el bienestar psicológico: "afecto positivo", "afecto negativo" y "valoración cognitiva". La segunda de las estrategias de estudio, la utilización de los análisis correlacionales, ha permitido determinar la invarianza de las dimensiones del bienestar psicológico en las diferentes edades, así como establecer un buen número de correlatos del bienestar subjetivo. Entre estos se pueden destacar la salud autopercebida, el estilo de vida, la planificación hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social y la depresión.

Por último, al igual que para otros grupos de edad, los inventarios son el grueso de la tecnología para la evaluación del bienestar psicológico en ancianos, entre los que cabe resaltar el Índice de Satisfacción con la Vida (LSI, Neugarten y col., 1961) y la Escala de Satisfacción de Filadelfia (PGC, Lawton, 1972).

### **3.4.2. Redes de Apoyo Social**

#### **3.4.2.1. Introducción**

El interés por el apoyo social cuenta ya con una larga historia en la ciencia del comportamiento, pudiendo encontrarse indicios de ello en los ensayos de Durkheim sobre la relación entre funcionamiento social e individual (Chiribiboga, 1987). Por otra parte, existe una conceptualización sobre el término de apoyo social muy diversa, aunque siempre ligado al concepto de relaciones sociales. Como señala Díaz Veiga (1987) existe una coincidencia entre distintos autores (Cohen y Syme, 1985; Gottlieb, 1981) en señalar que con el término apoyo social se identifican tres perspectivas distintas de estudio de los recursos derivados de las relaciones sociales: 1) la existencia o cantidad de relaciones sociales, esto es, la integración y participación social, 2) la red social como concepto que hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales y 3) el apoyo social propiamente dicho, es decir, las consecuencias positivas que para las personas tiene el acceso y mantenimiento de las relaciones sociales.

Es necesario realizar una distinción conceptual sobre estos términos ya que implican diferentes aspectos de las relaciones sociales. Así, por ejemplo, conviene considerar que la mera existencia de relaciones sociales no garantiza por sí misma la provisión de apoyo, ya que pueden existir relaciones sociales amenazantes para el individuo. También, el concepto de red social hace referencia a un conjunto de características que permiten describir las relaciones sociales de un sujeto, mientras que el término de apoyo social señala las funciones del apoyo social (p. ej., provisión de información, apoyo emocional, ayuda económica o material, ayuda en tareas o actividades, etc.). Por tanto, las redes sociales proporcionan tan sólo el marco estructural donde el apoyo podría ser accesible al individuo (Lin, Dean y Ensel, 1981).

Por lo que respecta al campo de la gerontología las relaciones sociales de las personas de más edad han sido un área prioritaria de investigación. Así, por ejemplo, algunas teorías acerca del envejecimiento tales como la Teoría de la Actividad (Havighurst, 1963) y la Teoría de la Desvinculación (Cumming y Henry, 1961) tienen su centro de atención en la implicación social durante esta etapa del ciclo vital. Además, con el reconocimiento de la aparición de estresores físicos y sociales como elementos perturbadores en la vida de las personas de más edad, los gerontólogos han comenzado a examinar al mundo social del anciano como modulador de la influencia de tales estresores y a estudiar la influencia del apoyo social sobre el funcionamiento y la salud de los ancianos.

Los estudios realizados sobre apoyo social y vejez ponen de relieve que ineludiblemente éste influye sobre el funcionamiento y la salud de las personas ancianas (Antonucci y Jackson, 1987). Así, por ejemplo, se ha encontrado una relación significativa entre el apoyo social y las enfermedades coronarias en ancianos (Kahn, 1979; Kasl y Berkman, 1981; Parkes y Pilisuk, 1981) o un menor número de síntomas depresivos y una mejor capacidad de afrontamiento entre los ancianos con adecuadas redes de apoyo social (Norris y Murrell, 1984). Estos autores encontraron que si bien mantener relaciones interactivas que proporcionan apoyo no reduce el número de acontecimientos estresantes experimentados, si es útil como protección para afrontar el estrés y disminuir la posibilidad de aparición de síntomas depresivos. Por último, desde la psicoimmunología, se ha demostrado la influencia que las variables psicosociales tienen sobre el funcionamiento inmunológico de las personas de más edad; así, por ejemplo, Klecolt-Glaser, Garner, Speicher, Penn, Holliday y Glaser (1984) mostraron cómo la inmunocompetencia celular aumentaba en una población geriátrica posteriormente a una intervención psicosocial en la que se incluía una mejora de la red de apoyo social.

A continuación se revisa de una forma breve, ya que este tema ha sido ampliamente tratado en otro lugar (Díaz Veiga, 1985; 1987), la relación entre apoyo social y envejecimiento.

### **3.4.2.2. Apoyo social y vejez**

En otras partes de este mismo trabajo, se ha considerado que la vejez puede ser caracterizada como una edad de "pérdidas". Un gran número de acontecimientos que se consideran característicos de las personas de más edad están directamente relacionados con sucesos asociados a pérdidas de familiares, reducción de contactos sociales, pérdidas económicas, deterioro de la salud, decremento del estatus social y descenso del nivel de autoestima. Se puede señalar que estos acontecimientos no sólo son estresantes en sí mismos, sino que además incluyen pérdidas de personas o recursos sociales que pueden disminuir los propios recursos con los que cuentan las personas de edad para afrontar con éxito dichos eventos (Díaz Veiga, 1985). Así, por ejemplo, los viudos/as no sólo sufren la pérdida del cónyuge sino que también se ven limitados por la pérdida de acceso a los círculos sociales del cónyuge (Antonucci y Depner, 1982), aunque el impacto de la viudedad puede estar modulado por la influencia del sexo y la edad (Blau, 1961).

Es preciso señalar que además de la ocurrencia de sucesos vitales asociados a la pérdida de relaciones sociales proveedoras de apoyo, es necesario considerar características individuales que afectan a la disminución del número de relaciones que proporcionan apoyo para enfrentarse a situaciones conflictivas comunes en la vejez. Entre ellos podemos encontrar el nivel económico, los recursos educativos y el progresivo deterioro de la edad, los cuales están estrechamente asociados al establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales proveedoras de apoyo (Berardo, 1968).

A pesar de la posible reducción de contactos sociales de las personas mayores (Rosow, 1974), la mayor parte de los ancianos poseen las condiciones básicas para la provisión de apoyo social (Minkler, 1985). Una gran proporción de ancianos permanecen casados, tienen algún hijo vivo, no viven en instituciones y tienen contacto con sus familiares (Shanas, 1979; Treas, 1977). La evidencia en favor de una diferenciación entre el grupo de más edad y otros grupos respecto a las relaciones entre las redes

sociales, el apoyo social y la salud es escasa (House, Robbins y Metzner, 1982; Kasl y Berkman, 1981). No obstante, en la medida en que el apoyo social puede influir en el estado de salud mediante el incremento del sentimiento de control (Antonovsky, 1979), los ancianos -especialmente, los aislados o institucionalizados- podrían estar en desventaja (Minkler, 1985) respecto a otros grupos de edad.

A continuación se mencionarán algunas características generales de la evaluación del apoyo social en la vejez, para posteriormente revisar algunos de los principales instrumentos de apoyo social en la vejez.

#### **3.4.2.3. Evaluación de las redes de apoyo social**

Por lo que respecta a las dimensiones concretas a evaluar, cada una de las distintas perspectivas de estudio de los recursos derivados de las relaciones sociales comentadas anteriormente, conlleva sus propias dimensiones (Díaz Veiga, 1987).

Desde la perspectiva de la integración y de la participación social los indicadores más utilizados serían la existencia, cantidad y frecuencia de contacto con personas significativas. Con referencia a la perspectiva de las redes sociales las principales dimensiones que se pueden evaluar son el **tamaño** (número de personas que componen la red social), **densidad** (cantidad en que los miembros de una red social se conocen e interrelacionan entre sí, independientemente del individuo central), **dispersión geográfica** (proximidad o lejanía de los miembros de la red respecto al individuo), **multiplicidad** (número de funciones o actividades para las que sirve una relación), **reciprocidad** (equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación), **homogeneidad** (grado de similitud o congruencia entre los miembros de una red social en una dimensión determinada y, por último, otras variables temporales tales como la **frecuencia**, **duración**, **antigüedad** y **tiempo invertido** en el contacto. Por último, desde la perspectiva funcional de las relaciones sociales, esto es, desde el apoyo social se considera que los indicadores de evaluación son la **multidimensionalidad** (pluralidad de

las consecuencias positivas del apoyo: emocional, instrumental, consejo), procedencia del apoyo (familia, amigos, compañeros de trabajo), tipo de problema al que se dirige el apoyo y, finalmente, percepción de apoyo (medida en la que el apoyo recibido se percibe como adecuado o satisfactorio).

Por lo tanto, el investigador o clínico debe tener presentes todas estas posibles dimensiones a evaluar y llegar a saber donde está interesado en incidir para seleccionar uno u otro instrumento concreto de evaluación. Por lo que respecta a estos últimos no son muchos los instrumentos elaborados con objeto de analizar las relaciones sociales mantenidas por el grupo de población de más edad. A continuación se presentan brevemente tres instrumentos que se dirigen a la evaluación de distintas dimensiones de recursos sociales en esta población.

*Perfil de Análisis de Redes (Network Analysis Profile, NAP)*  
(Cohen y Sokolowsky, 1979).

Tiene por objeto describir la naturaleza de las redes sociales mantenidas por ancianos, residentes en habitaciones individuales de instituciones. Consiste en una entrevista estructurada con un tiempo de administración extenso (2 horas aproximadamente). Para la consideración de que una persona está incluida en la red social del individuo se utiliza un criterio conductual: mantenimiento de una conversación, al menos, con una cierta frecuencia. Durante la entrevista se pregunta acerca de cinco tipos distintos de interacción, esto es, la familia, otros residentes, el personal de la residencia, etc., describiéndose el contenido de cada una las relaciones según el contenido de la interacción, duración, frecuencia, intensidad y dirección. Además, la importancia de la relación y el grado de intimidad entre los miembros de la red social se evalúan globalmente. Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas los únicos datos disponibles señalan coeficientes de fiabilidad de .85 a .92 en diferentes subsecciones del instrumento.

*Apoyo y Vínculos Sociales ( Social Ties and Support) (Ward, Sherman y Lagory, 1984).*

Su principal finalidad es analizar las dimensiones objetivas y subjetivas de las relaciones sociales mantenidas por ancianos. Según un formato de entrevista, se pregunta a los sujetos acerca de sus contactos sociales, incluyendo tres tipos de relaciones distintas: hijos, amigos y vecinos, así como, también, se establece la proximidad y frecuencia de interacción con cada uno de los miembros de la red con los que cuenta el sujeto. Además, con el objeto de determinar el apoyo instrumental que recibe el sujeto, se le pide que mencione las personas que le prestarían apoyo ante cuatro posibles situaciones de naturaleza instrumental (p. ej., dar un paseo). El apoyo emocional se establece preguntando acerca del número y tipo de personas con las que el sujeto mantiene relaciones "cercanas".

Por último, se evalúan dimensiones de carácter subjetivo. Se pregunta al sujeto sobre el grado de satisfacción con los hijos y con los vecinos, así como sobre la disponibilidad percibida para utilizar el apoyo emocional y la ayuda instrumental.

*Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales (Díaz Veiga, 1985).*

Este instrumento construido siguiendo las recomendaciones de Satarino y Syme (1981) con respecto al análisis de las relaciones sociales incluye elementos estructurales de las relaciones sociales, tales como: tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto (emocional e instrumental) sobre una escala ordinal de tres puntos. Por lo que respecta a las características funcionales subjetivas, se seleccionó un último elemento que hace referencia a la satisfacción subjetiva respecto a las relaciones sociales que mantiene. El instrumento consta de cuatro secciones correspondientes a distintos tipos de interacción social: pareja, hijos, otros familiares y amigos. Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas, la autora determinó la fiabilidad de la escala obteniendo los índices de consistencia interna de las diferentes subescalas, variando entre .35 y .86.

### 3.5. EVALUACION DE LA SALUD

---

#### 3.5.1. Introducción

En el área de la vejez resulta frecuente la afirmación de que los distintos tipos de información obtenida al realizar la evaluación de un anciano determinado deben ser interpretados en función de su salud. Se considera que un análisis preciso del estado de salud de un anciano facilitará la integración de los datos recogidos y la toma de decisiones sobre las acciones subsiguientes (p.e: tratamiento a seguir) (Lawton y Storandt, 1984).

En nuestro entorno social, todos los aspectos relativos a la salud de las personas mayores han estado vinculados a los profesionales de la medicina. Consecuentemente, el diagnóstico de la salud de los ancianos ha estado integrado dentro del modelo biomédico, desde el que la salud se ha conceptualizado como la ausencia de enfermedad (Stahl, 1978) y el método para determinar la presencia de la misma ha consistido en la utilización de listados más o menos exhaustivos de síntomas complementados con exámenes de laboratorio que permitieran realizar diagnósticos diferenciales.

Por otra parte, aunque los ancianos no son un grupo homogéneo, la principal diferencia entre los ancianos y las personas más jóvenes radica en el deterioro de la salud de los primeros (Levy, 1980), de tal forma que son el grupo de población que padece la mayor proporción de enfermedades, así como también, presenta una alta vulnerabilidad a las mismas. La prevalencia de las enfermedades crónicas en este grupo de población, si bien varía según distintos estudios revisados, en términos generales se puede considerar alta. Por ejemplo, Kovar (1983) informa que un 86% de personas por encima de los 65 años tiene al menos una enfermedad de carácter crónico, mientras que el informe Duocastella (Duocastella, 1976) informa de un 43% de sujetos en esta situación y Ribere Domenec (1986) dan cuenta de un 42% de sujetos mayores de 65 años con alguna condición crónica.



Si tenemos en cuenta esta alta tasa de enfermedades crónicas y, por tanto, no recuperables, utilizar un modelo biomédico en el grupo de ancianos, en el que se defina a la salud como la "ausencia de enfermedad", es, cuanto menos, paradójico. Si, además, consideramos que estas enfermedades pueden permanecer asintomáticas la mayor parte del tiempo (p. ej., hipertensión), parece oportuno utilizar un concepto de salud diferente al de la ausencia de enfermedad, que contemple otros aspectos diferentes a la presencia o ausencia de enfermedad.

Por ello, en los últimos años dentro del modelo de actuación que se ha venido desarrollando en la Psicología conocido como **Psicología de la Salud**, se prefiere hablar de salud conductual -en este caso aplicable a los ancianos- en el que el tipo de evaluación que de él se desprenda contemple la capacidad del individuo para funcionar adaptativamente dentro de su ambiente (Gallagher, Thompson y Peterson, 1981; Gallo, Reichel y Andersen, 1988; Kovar, 1983; Lawton, 1982; Shanas y Maddox, 1976;). La capacidad de un anciano para funcionar de forma independiente en su propio hogar será apenas descrita si se proporciona tan sólo una constelación de enfermedades o síntomas. Así, un estudio realizado por el Servicio de Investigaciones de Salud de Rhode Island (1977) en el que se entrevistó a una muestra de personas mayores de 65 años, puso de manifiesto que, si bien el 66% de ellos padecían alguna enfermedad crónica, tan sólo la mitad de éste último grupo manifestaba tener alguna limitación en su actividad diaria. Sí, por el contrario, la descripción del anciano se realiza en función de la movilidad, la capacidad de desempeñar roles en su vida diaria, el autocuidado, la propia manifestación, severidad y consecuencias de las enfermedades, así como las percepciones del sujeto sobre su salud, el valor final del juicio sobre la capacidad del anciano para vivir de forma independiente será mucho más preciso.

En definitiva, lo que queremos es subrayar la necesidad de realizar una evaluación comprehensiva de la salud de los ancianos, en la que se distingan la enfermedad o el deterioro en sí mismo del impacto que éstos pueden tener sobre la capacidad individual de funcionamiento en un contexto determinado. Por tanto, distinguiremos entre **salud física**, evaluada en términos de condición física, diagnósticos

y sintomatología, uso de servicios médicos, percepción del anciano sobre su salud y consumo de medicamentos, y actividades de la vida diaria, que englobarían tanto actividades básicas de autocuidado (p. ej., bañarse) como otro conjunto de actividades más complejas que son necesarias para una vida independiente (p. ej., uso del dinero) (Fillenbaum, 1984).

La separación en estas dos áreas diferenciadas, salud física y actividades de la vida diaria, no es siempre clara ya que puede existir solapamiento, resultando difícil establecer si un determinado aspecto debe ser considerado salud física o actividad de la vida diaria, como es el caso, por ejemplo, de la movilidad. Sin embargo, es preferible diferenciar estas áreas dado que las actividades de la vida diaria no siempre reflejan un problema de salud física y el mantenimiento o rehabilitación de las actividades de la vida diaria puede exigir el uso de servicios de salud diferentes a los necesarios para problemas de salud física (Fillenbaum, 1984). Por esta razón, en este capítulo, van a ser tratados de forma diferenciada ambos temas. En primer lugar, se realizará una valoración crítica de los principales indicadores utilizados para la determinación del estado de salud física de los ancianos, deteniéndonos especialmente en los indicadores más subjetivos. En segundo lugar, se hará una revisión del concepto y dimensionalización de las Actividades de la Vida Diaria. También, se mencionarán los aspectos metodológicos relevantes en los instrumentos de evaluación de actividades de la vida diaria, de cuya consideración depende la validez de los mismos. Por último, se presentan algunos de los instrumentos más importantes para evaluar la capacidad de los ancianos de funcionar correctamente dentro de su ambiente. Antes de proceder a revisar la evaluación física es preciso señalar que los terminos habilidades funcionales y actividades de la vida diaria se van a considerar como sinónimos.

### **3.5.2. Evaluación de la salud física desde la psicología**

Si bien la evaluación de la salud física puede considerarse propiamente competencia de determinados profesionales de la salud -médicos, A.T.S.-, no es menos cierto que existen otros profesionales que necesitan contar con suficientes recursos técnicos para conocer la salud física de los ancianos y llegar a determinar su estado de salud. Ello servirá para realizar una evaluación más completa que haga posible interpretar más acertadamente los datos obtenidos en otras áreas del funcionamiento o, incluso, facilitar la decisión sobre qué tipo de tratamiento aplicar y en qué condiciones habrá de llevarse a cabo (especialmente importante en la decisión de institucionalización).

En las siguientes páginas nuestro interés estará centrado en las variables que se han venido considerando relevantes como indicadores de salud física y que han sido utilizados como criterio del estado de salud, haciendo especial hincapié en los ítems más subjetivos que provienen del autoinforme proporcionado por los propios ancianos.

#### **3.5.2.1. Indicadores de salud física**

En la Tabla 14 se pueden observar los principales indicadores de salud física utilizados para describir el estado de salud de una persona mayor. Estos indicadores han sido extraídos de una revisión realizada por nosotros acerca de los principales instrumentos que evalúan salud física. La salud física no sólo no es un concepto unidimensional, sino que, además, se ha comprobado cómo los indicadores más utilizados no siempre llevan a resultados similares (Kane y Kane, 1981). Esto último es especialmente válido en el caso de la "apreciación" o "juicio" de los médicos sobre la salud, de tal modo que la variabilidad en los juicios realizados sobre una misma persona puede ser notable (Maddox, 1962).

La utilización de los distintos elementos presentados en la Tabla 21 presentan diferentes ventajas y limitaciones que pasamos a comentar seguidamente.

**Tabla 21.**  
**INDICADORES DE SALUD FISICA**

- . Número de enfermedades diagnosticadas
- . Número de días en cama
- . Número de hospitalizaciones
- . Número de consultas médicas
- . Dolor físico
- . Síntomas, signos de examen físico
- . Tratamientos médicos recibidos
- . Indicadores fisiológicos
- . Medidas de laboratorio
- . Apreciaciones: médico o propio sujeto
- . Expectativas de vida
- . Consumo de medicamentos

Uno de los indicadores que ha recibido una mayor atención ha sido el número de enfermedades diagnosticadas, Este indicador por sí solo no aporta mucha información como índice de salud, ya que lo verdaderamente importante es la severidad de la enfermedad, dado que la severidad de un diagnóstico puede ser mayor que la de varios diagnósticos (Lawton, Ward y Yaffe, 1967). Así, por ejemplo, la repercusión del estado de salud de un anciano con una única enfermedad en fase terminal, sería lógicamente mayor que la de un anciano que padece varias enfermedades crónicas (p. ej., hipertensión, artrosis).

Otro conjunto de indicadores como número de días en cama, número de consultas médicas y similares son indicadores excesivamente groseros de la salud de un individuo. Además, estos indicadores no son recomendables como índices adecuados de salud por sí solos, ya que pueden estar reflejando otros aspectos distintos de la salud como son factores económicos, geográficos, estructurales o personales -actitudes, habilidades funcionales- (Gallagher, Thompson y Levy, 1980; Kane y Kane, 1981). El caso de los tratamientos médicos recibidos es similar a los anteriores ya que bien puede estar reflejando ingresos económicos, facilidad de acceso a los distintos servicios de salud o, incluso, alteraciones psicológicas (Lawton, Ward y Yaffe, 1967).

Las medidas fisiológicas y de laboratorio son evidentemente las medidas más objetivas, pero requieren ser interpretadas dentro de un contexto de información más amplio y, además, por comparación con otros índices, son los que más se alejan de proporcionar información sobre la capacidad de funcionamiento real de los ancianos (Lawton, Ward y Yaffe, 1967). En este sentido, existe una relación inversa entre los índices de salud más objetivos (medidas de laboratorio) y la comprensibilidad de los mismos, esto es, tienen una buena validez y fiabilidad para el diagnóstico pero escaso valor como indicador del nivel funcional de la persona.

El dolor y las molestias producidas como consecuencia de las enfermedades son indicadores de gran trascendencia en la vejez aunque no han recibido la suficiente atención. Los ancianos sufren frecuentemente enfermedades crónicas dolorosas como, por ejemplo, la artrosis, ante las que se presta gran atención a los problemas más físicos (p. ej., farmacología, fisioterapia) y una menor atención a los aspectos que incluyen componentes subjetivos (p. ej., dolor) (Kane y Kane, 1981; Lawton, Ward y Yaffe, 1967). En este sentido, a pesar del hecho de que muchas enfermedades, en los ancianos, se caracterizan por la cronicidad, la degeneratividad, multiplicidad (implicación de múltiples sistemas corporales) y duplicidad (presentación del dolor no usual), es sorprendente los pocos estudios que sobre el dolor existen en la vejez (Harkins, 1987). Además, en los ancianos, el experimentar dolor puede llevar a producir problemas de comportamiento de otro orden. Así, por ejemplo, se ha constatado que

el dolor, especialmente el producido por la artrosis, constituye una de las más frecuentes causas del insomnio entre los ancianos (Prinz y Raskind, 1978).

Un indicador más del estado de salud física son las expectativas de vida de un anciano según estimación del médico. Este indicador puede estar sujeto a errores sistemáticos y a las limitaciones que por sí misma tiene la capacidad de predicción de las ciencias médicas (Kane y Kane, 1981). Esto puede ser ilustrado por un estudio (Kastenbaum, 1965) en el que se pidió a un conjunto de médicos que juzgaran la probabilidad de morir de 51 pacientes. Los resultados indicaron que ninguna de las muertes producidas antes de un año (26% de los pacientes) tras la fecha de evaluación inicial había sido pronosticada por los médicos.

El consumo de medicamentos ha sido reiteradamente utilizado entre ancianos como indicador de la presencia de enfermedades (Fillenbaum, 1984). No obstante, está sujeto a algunos problemas tales como juicio y preferencias del médico, ingresos económicos, adherencia médica, etc.

El último de los indicadores que vamos a comentar hace referencia a la apreciación de la salud realizada por el médico o por el propio anciano. En el primer caso, sería de especial importancia la utilización de un procedimiento estructurado que incluyera un cuestionario -como ayuda externa de memoria- y exámenes simples para determinar la salud de un anciano (Fillenbaum, 1987), ya que el procedimiento de evaluación habitual, mediante preguntas abiertas para determinar la presencia de síntomas y enfermedades hace depender la exactitud de la información recogida de las características del respondente -capacidad de recuerdo, sinceridad- y del propio evaluador. Los diferentes resultados que pueden obtenerse según se utilice o no un procedimiento estructurado con población anciana pueden ser ejemplificados en un estudio realizado por Currie, Mc Neill, Walker, Barnie y Mudie (1974), en el que 259 ancianos fueron evaluados por médicos geriatras. Posteriormente, un grupo de enfermeras aplicaron a los mismos ancianos una simple escala de salud en sus hogares. Los resultados muestran que éstas últimas detectaron un promedio de 3.5 enfermedades o incapacidades por anciano, de las cuales un 20% eran desconocidas para los geriatras.

En un estudio realizado en nuestro país (Fernández-Ballesteros, Souto, González, Izal y Díaz, 1984), en el que se utilizaron distintos indicadores de salud, sobre una muestra de 107 ancianos institucionalizados, se halló una alta correlación ( $r=.56$ ,  $P<.01$ ) entre la apreciación del médico sobre el estado de salud del sujeto (según una escala de 4 puntos de "excelente" a "mala") y un índice objetivo de salud obtenido a partir de los indicadores número de diagnósticos, días de permanencia en la clínica, número de medicamentos prescritos, obtenidos todos ellos de la revisión de las historias clínicas.

Respecto a la estimación del estado de salud realizado por el propio sujeto, este es un indicador suficientemente interesante como para ser objeto de especial atención.

### 3.5.2.2. Autoevaluación de la salud

La percepción del propio estado de salud puede considerarse un indicador de la forma en que las personas mayores se relacionan con su medio social. En efecto, se ha comprobado que el bienestar psicológico de los ancianos se halla fuertemente ligado al nivel percibido de salud (Cockerham, Sharp y Wilcox, 1983). Además, la revisión de la literatura muestra que la autoevaluación de la salud es el mejor predictor de satisfacción con la vida en los ancianos (Larson, 1978).

Generalmente, la estimación de la propia salud consiste en un juicio global que el anciano realiza sobre su salud según una escala tipo Likert -de "excelente" a "mala"- (Maddox y Douglas, 1973; Tissue, 1972). La estimación de la salud realizada por el propio sujeto, no sólo refleja un estado de salud física, sino que engloba aspectos objetivos de la salud y aspectos individuales subjetivos (Fillenbaum, 1987). Así, es posible que ancianos cuyas "puntuaciones objetivas" de salud son similares valoren su salud de forma diferente. En este sentido, se ha comprobado que las percepciones de la propia salud están influenciadas por factores tales como las normas culturales, el grupo de pertenencia (enfermedad-no enfermedad, institución-comunidad), la edad y el sexo,

al mismo tiempo que la percepción de la salud, también, se asocia a variables tales como el ambiente, el ajuste social o la mortalidad.

Con respecto a las normas culturales, Boyer (1980) puso de manifiesto cómo la autopercepción de la salud se ve influida por normas culturales de actividad/inactividad y, de forma más importante, por la continuidad de los roles y actividades reforzantes al propio anciano. Por otra parte, la validez y fiabilidad de las autopercepciones de la salud como indicador de la misma varían entre los diferentes subgrupos de pertenencia del anciano. Por ejemplo, la percepción del estado de salud parece ser menos fiable en grupos de ancianos con problemas comparativamente con ancianos normales. Así también, Fillenbaum (1979) encontró que las medidas objetivas de salud eran consistentes con la valoración de la propia salud en ancianos que residían en la comunidad, no así en ancianos institucionalizados. Así también, esta falta de consistencia entre indicadores objetivos de salud y la valoración del propio sujeto entre ancianos institucionalizados ha sido constatada en un estudio realizado en nuestro país (Fernández-Ballesteros y col., 1984).

Otras variables que pueden influir en la percepción del estado de salud son el sexo y la edad. Por lo que respecta a la primera, las mujeres evalúan su salud de forma más positiva que los hombres, aunque generalmente las mujeres tienden a puntuar más bajo según índices de salud objetivos (Ferraro, 1980). Resultados similares al anterior son los que indican que las mujeres, aún informando de mayores problemas de salud (mayor número de enfermedades) con respecto a los varones realizan juicios globales sobre su salud similares a éstos últimos (Fillenbaum, 1979). Con respecto a la edad, los resultados son también concluyentes, de modo que los ancianos de más edad juzgan su salud de una forma más positiva (Cockerhan, Sharp y Wilcox, 1983). Incluso, cuando se iguala el nivel de salud de los ancianos-jóvenes y los ancianos-viejos se puede encontrar que los ancianos más jóvenes valoran su salud de una forma más negativa. Así, Linn y Linn (1980) realizaron un estudio en el que 300 ancianos valoraban su salud sobre una escala de 5 puntos que oscilaba de "excelente" a "mala". Los resultados indicaron que los ancianos más jóvenes valoraban peor su salud que los de más edad, a pesar de contar con similares características de salud .



Por otro lado, como señalábamos, la salud percibida está vinculada a un conjunto de variables tales como el bienestar subjetivo, la mortalidad, el aislamiento social y la adaptación.

Por lo que respecta al bienestar subjetivo, se puede señalar la estrecha relación entre la percepción de salud y el bienestar subjetivo. Así, por ejemplo, en un trabajo en el que se realizó un metaanálisis de 543 estudios de bienestar psicológico en los que se habían incluido medidas de salud (Okun, Stock, Haring y Witter, 1984), se encontró, una vez eliminado el efecto de la edad, una correlación significativa entre salud percibida y medidas de bienestar psicológico ( $r=.42$ ,  $p<.01$ ).

Otra de las líneas de investigación ha sido el estudio del valor predictivo de la salud percibida utilizando como criterio la mortalidad. Kaplan (1982) encontró que existía una relación entre salud percibida y mortalidad -por cardiopatía- una vez controlados los efectos de la edad, el sexo y el estado de salud objetivo. Los sujetos que juzgaban su salud como "mala" tenían una probabilidad de morir 2.44 veces mayor que los que valoraban su salud como "excelente". Estos resultados se han visto confirmados posteriormente en trabajos como el realizado por Kaplan y Camach (1983), en el que la salud percibida aparece como un potente predictor de mortalidad en los ancianos en un seguimiento de nueve años, y el realizado por Mossey y Shapiro (1982), quienes encontraron una probabilidad 2.92 y 2.77 veces mayor de morir entre los ancianos que valoraban su salud como "mala" en estudios longitudinales a tres y siete años, respectivamente. En este último trabajo se encontró también que la relación salud percibida-mortalidad aparece como independiente del estado de salud objetivo.

En cuanto al resto de las variables puede decirse que la percepción de salud es más pesimista cuánto mayor es el aislamiento social y menor la satisfacción, la adaptación y el nivel de actividad (Siegler y Costa, 1985).

Hasta aquí una serie de hallazgos empíricos procedentes de la literatura en los que se pone de manifiesto la existencia de determinados factores que, siendo distintos de la condición física de los ancianos, intervienen en el proceso de valoración que éstos realizan de su propia salud, esto es, en su salud subjetiva. El estudio del proceso de autovaloración de la salud en los ancianos puede verse completado, además, por un análisis teórico acerca de tal proceso.

Se puede señalar, en primer lugar, que todos los hallazgos sobre salud percibida tienen al menos un referente común, la situación social (Stoller, 1984). Se postula, en este sentido, la existencia de tres posibles teorías que dan cuenta de los hallazgos en relación con la salud percibida. De acuerdo a la Teoría del Grupo de Pertenencia, la autoevaluación de la salud refleja las normas del grupo de pertenencia del sujeto evaluado (Cockerham, Sharp y Wilcox, 1983). De esta forma, no es sorprendente el hecho de que las mujeres, a pesar de manifestar más síntomas objetivos de enfermedad que los varones, realicen una valoración global de su salud más positiva que éstos, ya que si las mujeres se comparan con su grupo de referencia -otras mujeres- observarán como éstas también informan de un mayor número de problemas objetivos de salud.

En segundo lugar, se ha postulado que el impacto de la enfermedad varía en función del grado en el que ésta afecta a la conducta cotidiana (Myles, 1978) y que el ambiente dentro del cual se encuentra la persona es parte esencial en el impacto de la enfermedad. Los ambientes pueden variar en función de la demanda que exigen a sus habitantes. De esta forma, distintos autores (Kahana, 1975 y Lawton, 1977) han argumentado que cuando la presión ambiental excede a la capacidad funcional de los individuos, la percepción de competencia de éstos disminuye. Una posible forma de reducir la presión ambiental sobre los ancianos con deterioro es la provisión de ayuda informal por parte de otras personas, especialmente de amigos y familiares, (Shanas, 1979a; Shanas, 1979b) para la realización de tareas cotidianas. Así, la presencia de personas que ayuden a los ancianos con problemas a una mejor adaptación entre las exigencias de su ambiente y su capacidad funcional reducirá el impacto de los problemas de salud física sobre la valoración de la propia salud.

Por último, contrariamente a la teoría anterior, se afirma desde la Teoría del Intercambio que la dependencia de los ancianos de las personas que colaboran en la realización de tareas de la vida diaria llevaría a un intercambio no equilibrado, lo cual podría socavar la propia autoestima de los ancianos (Dowd, 1975). En un marco familiar -donde la ayuda entre generaciones es recíproca-, a medida que la ayuda requerida por un anciano se hace mayor, el equilibrio es más difícil de mantener. De esta forma, la dependencia asociada a una asistencia no recíproca puede acentuar los efectos psicológicos y sociales del deterioro físico, lo que en definitiva provocaría que las personas que necesitan más ayuda valoren su salud más negativamente.

En definitiva, algunas conclusiones que pueden extraerse de lo anterior son:

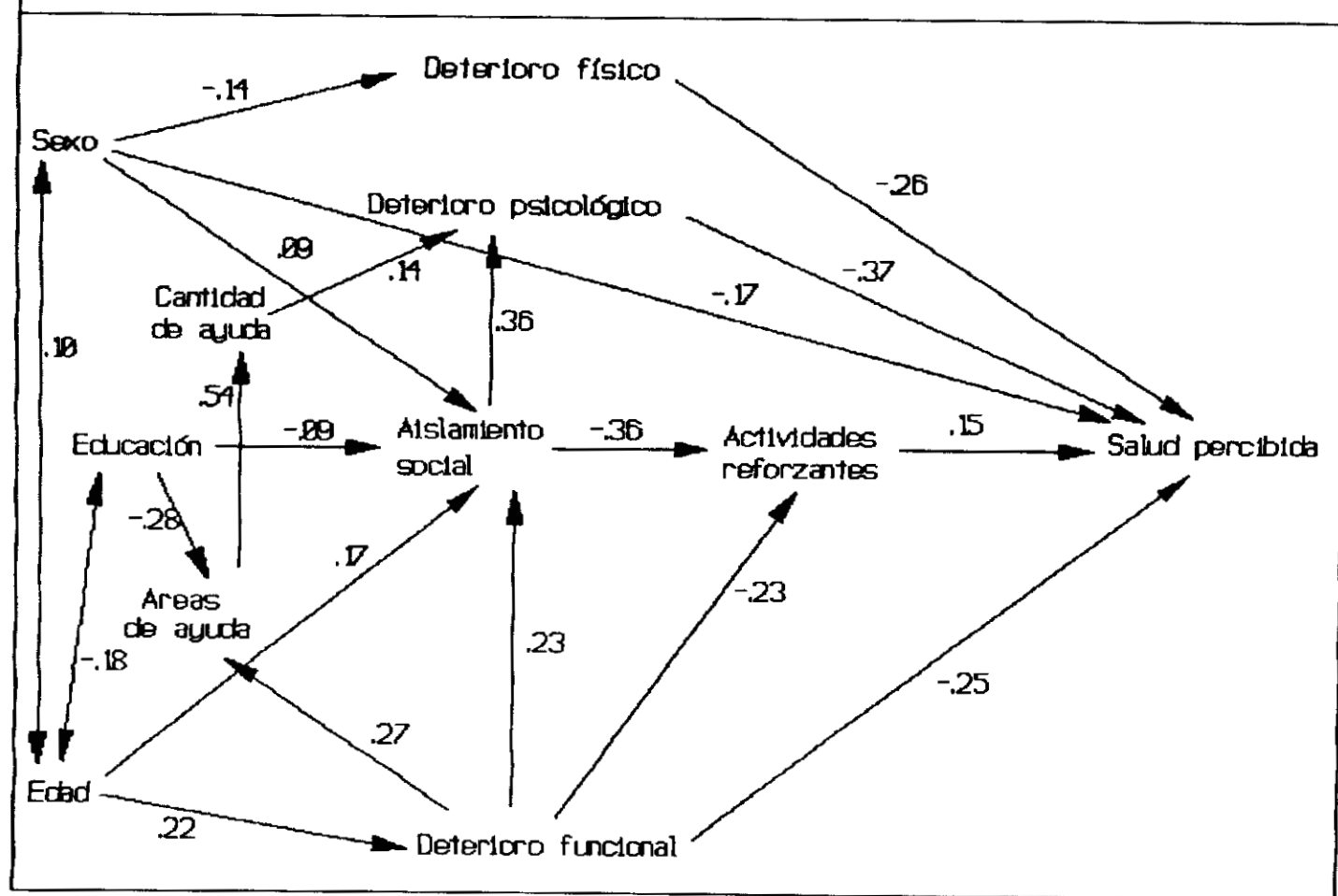
1) La autoevaluación de la salud está determinada tanto por indicadores objetivos de salud como por otros factores diferentes de la condición física, que también intervienen en el proceso de valoración de la salud. Los déficits físicos y funcionales tienen un efecto directo y negativo sobre la percepción de salud, explicando tan sólo de un pequeño a moderado porcentaje de la varianza total, que varía según los distintos autores. El factor psicológico compuesto por distintos indicadores de bienestar subjetivo tiene un efecto directo y positivo sobre la autoevaluación de la salud, una vez controlado el efecto de los distintos estados de salud física de los sujetos (ver Figura 2).

2) El sexo tiene un efecto significativo en la explicación del hecho de que ancianos con estados de salud objetiva similares manifiesten diferentes percepciones de salud subjetiva. Las mujeres evalúan de forma más positiva su salud con respecto a los varones a igualdad de condiciones objetivas, lo que sería coherente con la Teoría del Grupo de Pertenencia según la cual las mujeres toleran más los problemas médicos (Stoller, 1984).

3) La edad, al igual que la variable sexo, es también un criterio importante en las diferencias encontradas en la percepción de la salud. A medida que se incrementa la edad, un nivel determinado de salud objetiva se asocia a una mayor diferencia positiva entre la evaluación que un anciano hace de su propia salud y la que este hace de sus iguales. Existen diferentes teorías que son consistentes con este hallazgo. En primer lugar, es posible que los ancianos esperen un deterioro de su salud como consecuencia de la edad y, si éste no se produce, pueden comenzar a valorar su salud por encima de la de sus iguales. En segundo lugar, la salud y la capacidad de funcionamiento entre los ancianos es una fuente de autoestima y prestigio ante sus iguales (Gubrium, 1975; Hochschild, 1973). De esta forma, el anciano puede tender a devaluar la salud de los demás sobrevalorando la propia. En tercer lugar, se postula que simplemente las diferencias encontradas respecto a la edad y salud percibida responden a una mala concepción y estereotipos sobre la salud de los ancianos en general.

4) Por último, con respecto al impacto de la ayuda de personas allegadas sobre la autoevaluación de la salud, como es de esperar, los ancianos con un mayor deterioro reciben más ayuda, tanto en número de áreas como en cantidad de la misma y, dado que un elevado grado de ayuda disminuye la satisfacción psicológica, esto tendría un efecto negativo en la valoración que hacen estos ancianos sobre su propia salud. Este resultado sería consistente con la Teoría del Intercambio, por cuanto que un alto grado de ayuda crea un desequilibrio y asigna al anciano un papel dependiente. De esta forma, la ayuda recibida, más que disminuir la percepción de presión ambiental, estaría incrementando la ausencia de congruencia entre las demandas del ambiente y el nivel de competencia de las personas ancianas (Stoller, 1984). En la Figura 2 se pueden observar los resultados de un "path analysis" para explorar el impacto de las ayudas informales a los ancianos por parte de allegados entre los indicadores de salud y las autoevaluaciones de la propia salud. En este análisis, se incluyen otras variables que puedan dar cuenta del proceso de autovaloración de la salud tales como la disponibilidad de apoyo social, la realización de actividades, la edad, el sexo, la educación y si viven solos o acompañados. Como puede comprobarse, los resultados muestran lo anteriormente señalado, de tal forma que no sólo las variables físicas, sino también las variables de orden psicológico y social intervienen de forma considerable en la autoevaluación de la salud.

# PATH ANALYSIS DE LA AUTOEVALUACION DE SALUD



Tomado de Palo Stoller (1984).  
Journal of Health Behavior, Vol 25 (Sept).

Figura 2

### **3.6. EVALUACION DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

---

#### **3.6.1. Introducción**

Como hemos señalado en el capítulo anterior, la capacidad de funcionamiento real de un anciano sería definida de una forma incompleta si tan sólo se utilizaran indicadores de salud general. A menudo, se asume que el número de problemas de salud correlaciona con el grado de deterioro funcional. Esto no es necesariamente así, sino que, por el contrario, existen ancianos que, aún viviendo de forma independiente, presentan una serie de problemas de salud (Gallo, Reiche y Andersen, 1988). Por tanto, no es suficiente enumerar, conocer y tratar de forma aislada los problemas médicos que presenta el anciano sino que es necesario considerar, además, cómo esos problemas afectan a la capacidad funcional del individuo. Por ello, parece preciso utilizar el concepto de Actividades de la Vida Diaria.

El término Actividades de la Vida Diaria (en adelante, AVD) se usa para referirse a un conjunto de actividades cuya realización es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente. Por esta razón, las AVD juegan un papel decisivo en la evaluación del nivel de funcionamiento personal independiente en los ancianos (Fillenbaum, 1987; Gallagher, Thompson y Peterson, 1980; Lawton y Storandt, 1984; Lyle, 1984). La utilización que ha recibido la información procedente de la evaluación de las AVD es muy diversa: realización de diagnósticos, descripción del funcionamiento social, físico y mental, establecimiento de la necesidad de servicios sociales y de salud, determinar el comienzo y el final de los tratamientos, evaluar la necesidad de apoyo ambiental, justificar el ingreso en una institución, proporcionar una base para la decisión de contratar más personal en instituciones para ancianos o en servicios de asistencia a domicilio y, por último, estimar la implantación de servicios específicos (Fillenbaum, 1987).

Aunque, como decíamos, las AVD son de especial importancia en la vejez, no lo son por igual para todos los ancianos, por lo que resulta necesaria una distinción que viene imponiéndose en los últimos tiempos. Nos referimos a la distinción entre viejo-joven (personas entre 65 y 75 años) y viejo-viejo (por encima de los 75 años) (Neugarten, 1975). Así, por ejemplo, uno de los indicadores utilizado en la evaluación del deterioro funcional (e.j.: comer) puede ser apropiado para evaluar la capacidad física de algunas personas mayores de 75 años, sin embargo es posible que tenga poca relevancia para los menores de esa edad (Kovar, 1987).

Tabla 22

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE NECESITAN AYUDA

Edad	Varones			Mujeres		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
Andar	3.5	7.4	18.9	3.9	9.9	26.0
Salir de casa	2.9	5.5	18.7	3.8	10.0	28.3
Bañarse	2.1	4.7	13.2	1.7	5.6	17.0
Vestirse	1.5	3.2	8.6	1.3	3.4	10.2
Usar el servicio	1.2	2.3	7.2	1.2	3.7	10.7
Moverse desde la cama o la silla	1.0	2.0	5.0	1.1	2.8	7.6
Comer	0.5	0.7	2.6	0.3	1.1	3.6
Una o más áreas	4.7	10.0	25.9	5.3	13.6	35.9

Tomado del National Center for Health Statistics. National Health Interview Survey 1979-1980

En la Tabla 22 puede observarse el efecto de la edad y el sexo en el porcentaje de personas que necesitan ayuda para la realización de siete diferentes actividades. En ella se ve cómo la capacidad de comer de una forma independiente es la menos afectada mientras que, por el contrario, la habilidad de moverse de una forma autónoma sería el área más afectada. Además, las pérdidas son mayores, en general, entre las mujeres que entre los hombres y, especialmente, a partir de los 75 años.

### 3.6.2. Contenidos de las actividades de la vida diaria

La necesidad de evaluación de las AVD en la vejez, especialmente en el grupo de ancianos de más edad, plantea cuáles son los contenidos y cuántos elementos que deben quedar englobados bajo tal concepto de AVD. Aún existiendo un consenso en términos generales (Kane y Kane, 1981; Katz, 1983) pueden encontrarse ciertas diferencias entre las dimensiones contempladas en los distintos instrumentos. Analicemos brevemente esta cuestión.

En la mayor parte de los instrumentos se encuentra alguna combinación de los siguientes aspectos: "vestido", "baño", "asistencia al servicio", "alimentación" y "movilidad mínima" (p. ej., pasar de la cama a la silla y similares) (Kane y Kane, 1981). En una revisión del contenido de 25 escalas de AVD (Donaldson, Wargner y Gresham, 1973) se halló que el 71% de las escalas incluían los 5 elementos anteriores más un elemento de "movilidad". Este último elemento, si bien, se ha considerado habitualmente una actividad de la vida diaria (Kane y Kane, 1981) para otros autores sería una entidad que debe considerarse independiente de las actividades de la vida diaria (Katz, 1983). Así mismo se encontró que el elemento referido a "incontinencia" está presente en sólo la mitad de las escalas de AVD, posiblemente porque puede considerarse tanto una actividad de la vida diaria como una función fisiológica (Leering, 1979). Se concluye, por último que, a pesar de que la mayor parte de las escalas no están construidas específicamente para ancianos, el contenido de las mismas es de total relevancia para este grupo de población.

En una revisión efectuada por nosotros sobre escalas de actividades de la vida diaria -tanto AVD como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)- encontramos que todos los elementos utilizados en las escalas AVD y AIVD pueden integrarse en las siguientes nueve dimensiones: "actividad locomotriz", "aseo e higiene", "vestirse", "continencia", "comer", "orientación-confusión", "comunicación", "medicación" y, por último, una categoría, que denominamos "otras" donde se engloban exclusivamente actividades instrumentales menos básicas que las anteriores y que son, en su mayoría, necesarias para una vida independiente en su propio hogar. En las Tablas



23 y 24 pueden encontrarse estas dimensiones, así como los elementos que integran cada una de ellas. Como se puede observar en ambas Tablas, los elementos pueden estar seleccionados para ancianos que viven en la comunidad, institucionalizados o, indistintamente, para cualquiera de los dos.

**Tabla 23**

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (I)**

**Listado de dimensiones y elementos**

**1. ACTIVIDADES LOCOMOTRICES**

- Ponerse de pie
- Caminar sin ayuda
- Utilizar silla de ruedas
  - . Trasladarse de la silla a la cama
  - . Trasladarse de la silla al aseo
- Pasear
- Subir y bajar escaleras
- Caminar dentro de la Residencia

**2. ASEO E HIGIENE**

- Ir al baño sin ayuda (incluido limpiarse)
- Peinarse
- Afeitarse
- Limpiarse los dientes/dentadura
- Bañarse o ducharse
- Lavar y secarse las manos y cara

**3. VESTIRSE**

- Ponerse la ropa
- Atarse los cordones de los zapatos
- Abrocharse
- Seleccionar la ropa que se va a poner

**4. CONTROL ESFINTERIANO**

- Control de vejiga
- Control de vientre

**5. COMER**

- Comer sin ayuda
- Uso de los cubiertos
- Beber de un vaso

**Tabla 24**  
**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (II)**  
**Listado de dimensiones y elementos**

**6. ORIENTACION / CONFUSION**

- Orientación tiempo, persona y lugar
  - . Saber su edad y nombre
  - . Saber el día y el mes en el que está
  - . Saber donde vive
  - . Conocer los nombres de las personas más cercanas

**7. COMUNICACION**

- Mantener/iniciar conversaciones coherentes con otros residentes
- Mantener/iniciar conversaciones coherentes con miembros del personal
- Uso del teléfono
- Escribir cartas
- Responder a preguntas
- Aislamiento social

**8. MEDICACION**

- Responsabilidad de tomar la dosis correcta en el momento adecuado
- No automedicarse

**9. OTROS**

- Lavar la ropa o llevarla a la lavandería
- Hacer compras
- Ayudar a otros residentes (traer encargos)
- Manejar dinero
- Calentar comida (sopa, infusiones)
- Limpiar la habitación
- Hacer la cama
- Echar la llave de la habitación en la residencia

### 3.6.3. Dispositivos de medida AVD - Escalas de apreciación de la conducta

Un aspecto de un especial interés en la literatura sobre la capacidad de funcionamiento de los ancianos en la vida diaria es la relación que guardan los dispositivos de medida de actividad de la vida diaria y las escalas de apreciación de la conducta en la vejez ("behavior rating scale"). Ambos tipos de escalas tienen un marco de referencia común, a saber, la evaluación de la capacidad de funcionamiento del sujeto en su vida diaria. Su única diferencia radica en que mientras las escalas AVD ponen su énfasis en la evaluación del deterioro físico y el nivel de autocuidado, las escalas de apreciación de la conducta se centran en una concepción más global del deterioro, dejando lugar a elementos que evalúan otras variables como, por ejemplo, el estado de ánimo o la interacción social que mantienen las personas mayores (Gilleard, 1984). Asimismo, las escalas construidas a partir de los años 70 incluyen ya elementos de una mayor diversidad con respecto a los instrumentos contruidos antes de dicha fecha, por lo que la distancia conceptual entre las escalas de apreciación y las escalas AVD es menor. A pesar de ello, la diferenciación entre las escalas AVD y las escalas de apreciación de la conducta se mantiene. Las razones para ello son, en primer lugar, el tratamiento diferenciado que reciben ambos tipos de escalas en el contexto de la investigación y, en segundo lugar, por el interés de los metodólogos y teóricos de las escalas AVD en aceptar un constructo univariado frente a un concepto multivariado del deterioro. Veámos más detenidamente este último aspecto.

La consideración de un único constructo de deterioro o dependencia en actividades de la vida diaria ha marcado las consideraciones metodológicas y teóricas sobre el desarrollo y curso del deterioro en la vejez. Así, por ejemplo, Katz y col. (1963) formuló un "principio del deterioro" que daba cuenta de éste como un proceso de regresión ordenado que es parte natural del envejecimiento. En este sentido, el deterioro sería un proceso acumulativo y unidimensional cuyo instrumento de medida propio son las escalas tipo Guttman (Williams y col., 1976; Williams, 1979). Por ejemplo, un estudio realizado por Katz encontraba que el 86% de los 1001 ancianos evaluados según su escala se situaban dentro de un patrón de respuesta singular y jerarquizado, según el cual la dependencia de los ancianos comienza con las dificultades en relación

con el baño, y continúa con los problemas para vestirse, acudir al servicio, de movilidad básica, continencia y, por último, alimentación. De este modelo se deriva que los ancianos incapaces de alimentarse, son por tanto, incontinentes, no se pueden mover de la cama a la silla, no acuden al servicio, no se visten solos ni se pueden bañar por sí mismos. Este modelo, acorde con los criterios de las escalas Guttman, se ha propuesto como un indicador de la validez de constructo de las escalas de actividad de la vida diaria (Gilleard, 1984)

Por otra parte, Williams (1979) ha sugerido que el patrón de deterioro no sería una relación mecanicista-biológica, como propone Katz, sino producto del proceso de socialización. La importancia de esta afirmación radica tanto en su advertencia sobre el peligro de asumir una invarianza absoluta en las escalas diseñadas para evaluar el funcionamiento en la vida diaria, como en que subraya la necesidad de considerar la influencia del ambiente en el nivel de deterioro y en la forma en que este se produce. En este sentido, los trabajos realizados desde la psicología ecológica de Willems (1974, 1977) son concluyentes al demostrar la variabilidad del nivel de funcionamiento por causas sociales y ecológicas.

En resumen, se puede afirmar que el funcionamiento en la vida diaria de los ancianos es producto tanto del contexto donde habita el anciano como del nivel de deterioro físico (Gilleard, 1984). Además, con respecto a la polémica sobre la distinción entre escalas AVD y escalas de apreciación de conducta, parece poco probable que el uso exclusivo de aquellas escalas de funcionamiento en la vida diaria que contemplen una única dimensión garantice y cubra las necesidades del clínico o del investigador. No obstante, las escalas AVD pueden ser de una mayor validez bajo la consideración de ciertas circunstancias metodológicas, tal y como se recoge en el siguiente epígrafe.

### **3.6.4. Consideraciones metodológicas en las escalas AVD**

En este epígrafe, trataremos brevemente aquellos aspectos metodológicos relevantes en los instrumentos de actividades de la vida diaria y de cuya consideración depende la validez de la información recogida. Estos aspectos relevantes son el método de recogida de información, el sistema de puntuación, la definición de los elementos y la relevancia de los mismos.

Con respecto al método de recogida de información se puede señalar que las escalas AVD están dentro de la metodología general de observación y, más concretamente, de observación estructurada. Las personas que cumplimentan las escalas AVD suelen ser bien profesionales de contacto directo con el anciano (enfermeras, auxiliares en marcos institucionales; trabajadores sociales en los propios hogares), allegados (principalmente familiares) u otros profesionales que piden al anciano que ejecuten las actividades incluídas en la escala (Fillenbaum, 1987). En este sentido, es importante tener presente, al utilizar uno u otro instrumento de AVD, la fuente de datos sobre la que ha sido validado el instrumento. Por ejemplo, los ancianos tienden a puntuarse a sí mismos sobre escalas de actividades de la vida diaria de una forma más elevada de lo que lo hacen sus allegados y las enfermeras (Rubenstein, Schairer, Wieland y Kane, 1984).

Existen algunos problemas y criterios relacionados con el método de recogida de información inherentes a las escalas de AVD que han sido puestos de relieve (Kane y Kane, 1981). En primer lugar, con respecto al periodo de observación, la cumplimentación de la escala debe hacerse bien en función de una observación inmediata o bien durante un periodo prefijado de observación. A su vez, el juicio puede hacerse tanto sobre el promedio de ejecución del anciano para una actividad dada como sobre el periodo de mejor ejecución. Evidentemente, debido a la posible fluctuación de la conducta, el promedio de ejecución es más difícil de valorar, que la mejor ejecución. Una última consideración, con respecto al método de recogida de información, hace referencia al hecho de que algunas escalas permiten que la evaluación se haga sobre un periodo de tiempo retrospectivo, esto es, basándose en la opinión de la persona que

cumplimenta la escala acerca de cómo actúa el evaluado. Evidentemente, este método está sujeto a los errores de memoria y juicio del evaluador. Por otra parte, también es posible que una evaluación aquí y ahora, no sea un reflejo válido de la actividad real del sujeto.

En segundo lugar, el sistema de puntuación generalmente está basado en el grado de independencia en cada una de las actividades de la vida diaria. Los ancianos que utilizan alguna ayuda externa (material) o ayuda humana para realizar una actividad son calificados en una posición intermedia del continuo independencia-dependencia. Algunas veces, ambas formas de dependencia son valoradas de la misma forma recibiendo la misma puntuación; más a menudo, la dependencia de ayudas externas es valorada en un nivel más alto de independencia que la capacidad para realizar actividades con ayuda humana. Este último criterio parece más razonable y de mayor validez, ya que los ancianos dependientes de ayudas materiales tienen un mayor control de sus propias vidas que los ancianos que dependen de otras personas (Kane y Kane, 1981). Posiblemente, la mejor forma de puntuación sea aquella que incluya un rango de puntuación de tres puntos: "no necesita ayuda", "puede con ayuda" y "no puede ni siquiera con ayuda de otras personas" ya que la inclusión de un mayor número de categorías en instrumentos de este tipo conlleva una mayor inexactitud en la información que se recoge, disminuyendo la fiabilidad de la escala (Sainsbury, 1973; Fillenbaum, 1987).

En tercer lugar, por lo que se refiere a la definición de los elementos Fillenbaum (1984) señala que, aunque a veces pueden existir problemas a este respecto, la mayor parte de los elementos que componen las escalas no suelen presentar problemas dada su sencillez, adecuada claridad y especificación. Kane y Kane (1981) señalan que el principal problema que se puede presentar estriba en una definición muy rígida de los elementos por parte de los evaluadores (especialmente, en ítems referidos a "baño" y "vestido"). Se sugiere que la respuesta a la pregunta, "cualquier persona, independientemente de su edad, ¿lo podría hacer de forma diferente?", en el momento de valorar la respuesta puede ser un criterio útil para conseguir una valoración más correcta.

Una última consideración se refiere a la relevancia y aplicabilidad de los elementos incluidos en las escalas de actividad de la vida diaria. Uno de los problemas más comunes en el uso de escalas AVD surge al constatar que la no ejecución de los ancianos en alguna o gran parte de las actividades puede estar causada bien por la falta de oportunidades, bien por la falta de motivación para llevarlas a cabo por restricciones procedentes del ambiente tanto institucional como comunitario (p. ej., prohibición de bañarse sin ayuda profesional). Una posible estrategia para afrontar este problema es considerar todos los ítems como aplicables y valorar al sujeto como si no los hiciera, incluso aunque la razón sea más reflejo de una falta de motivación y oportunidad de realización que un problema de capacidad de ejecución real (Kane y Kane, 1981). Otra opción posible consiste en pedir al paciente que muestre la habilidad, aunque tiene ciertos inconvenientes tales como las dificultades prácticas (p. ej., baño). Ante esta difícil cuestión, parece que lo más conveniente es adoptar un criterio funcional, de tal forma que el propósito de la evaluación marque la elección. Si el propósito es evaluar las competencias personales con objeto de instaurar programas de entrenamiento en actividades de la vida diaria, será conveniente pedir se ejecute los ítems. Si el propósito de la evaluación, es determinar la calidad de cuidado que se presta en una institución o la cantidad de trabajo que realiza el personal de trato directo con el anciano entonces una ausencia de oportunidad de realización de actividades de la vida diaria equivaldría a una disfunción por lo que consideraríamos como dependencia (Kane y Kane, 1981).

### **3.6.5. Instrumentos de actividades de la vida diaria**

Desde la publicación de los primeros instrumentos estandarizados de actividades de la vida diaria ha aparecido un gran número de instrumentos con este propósito. Estos difieren en las dimensiones que contemplan, su grado de comprehensividad dentro de una categoría general de conducta y el criterio de puntuación adoptada. En este epígrafe, vamos a presentar un ejemplo de cada uno de los tipos posibles de escalas de funcionamiento en la vida diaria. En primer lugar, se

comentará el Índice de Katz como ejemplo de las escalas AVD (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963). Posteriormente, comentaremos la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD, Lawton y Brody, 1969) y, por último, una escala de apreciación de la conducta (NOSIE-30, Honigfeld y Klett, 1966). La selección de las dos primeras escalas obedece a ser las escalas de su género de más amplia difusión. La tercera de las escalas ha sido seleccionada dada la recomendación que se hace de ella en la literatura (Levy, 1980; Smith, 1979) para la evaluación de la conducta diaria de ancianos institucionalizados con deterioro funcional.

### *Índice de Katz*

*(Katz, Downs, Cash y Grotz, 1970; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963)*

El índice de Katz (Katz, Downs, Cash y Grotz, 1970; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963) es una de las escalas más conocidas para la evaluación de actividades de la vida diaria y ha sido incluida en numerosos estudios de investigación. Fue construida y revisada específicamente para población anciana a partir de los trabajos de los propios autores (Katz, Downs, Cash y Grotz, 1970; Katz, Ford, Chinn y Newill, 1966; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963; Katz, Heiple, Downs, Ford y Scott, 1967) así como de otros trabajos (Dyar, 1953; Ford, Katz y Adams, 1965; Steinberg y Frost, 1963). Esta escala, que consta de 6 elementos, evalúa las actividades de la vida diaria proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración (unos 20 minutos). Esta escala ha sido aplicada con fines de investigación, pronóstico, estudios epidemiológicos, entrenamiento a profesionales y valoración de tratamientos (Israel, Kozarevic y Sartorius, 1984).

En cuanto a su composición incluye, en un orden decreciente de dependencia, actividades de la vida diaria que, son: "baño", "vestido", "acudir al servicio", "movilidad mínima", "continencia" y "alimentación". Se valora asignando un punto por cada ítem que ha sido considerado como "dependiente". En el orden de elementos mencionado los autores consideran que éstos forman una clásica escala tipo



Guttman, según la cual existiría una progresión natural, tanto en la pérdida como en la recuperación, tras la rehabilitación, de las capacidades AVD. El 86% de los 1001 ancianos evaluados según el Índice de Katz se situaban dentro de un patrón de respuesta singular y jerarquizado, según el cual la dependencia de los ancianos comienza con el "baño" y continúa con el "vestirse", "acudir al servicio", "movilidad básica", "continencia" y, por último, "alimentación". El Índice de Katz como escala Guttman, se ha mostrado altamente replicable, con unos coeficientes de replicabilidad entre .94 y .97 (Sherwood, Morris, Mor y Gutkin, 1977).

Aunque la corrección de la escala se realiza sobre una base dicotómica "independencia-dependencia", las instrucciones y el protocolo de recogida información están preparados para permitir diferenciar entre aquellos ancianos que realizan sus actividades con y sin ayuda humana. Según esto, el anciano es considerado como "dependiente", si realiza las actividades con ayuda humana. El protocolo de la escala incluye una hoja de evaluación, la definición de los elementos y un protocolo de clasificación según ocho categorías posibles. Por último, debe señalarse que el Índice de Katz ha sido frecuentemente adaptado a una escala tipo Likert de 3 puntos ( (0) "sin ayuda", (1) "con ayuda humana", (2) "completamente dependiente") (Kane y Kane, 1981).

#### *Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria*

*(PGC Instrumental Activities of Daily Living) (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969)*

Este instrumento (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969) fue construido específicamente para población anciana, viviendo o no en instituciones. Su objetivo es evaluar las capacidades funcionales de los ancianos según diferentes niveles de competencia, en particular la autonomía física e instrumental en actividades de la vida diaria.

Las actividades instrumentales de la vida diaria que incluye esta escala son la capacidad para "utilizar el teléfono", "realizar compras", "preparar comidas",

"realizar tareas domésticas", "utilización de transporte", "responsabilidad en la toma de medicamentos" y "capacidad para manejar dinero".

Está diseñada para ser administrada por asistentes sociales, enfermeras u otro personal de trato directo con los ancianos. El tiempo requerido para su cumplimentación es muy breve, aproximadamente unos cinco minutos. Los autores recomiendan un breve entrenamiento a los evaluadores, que consiste principalmente en tres aspectos: presentación, observación y coloquio antes y después de la evaluación. El sistema de puntuación de esta escala está basado en la información obtenida tanto a partir del propio sujeto (en el caso de que su capacidad cognitiva esté intacta) como de personas allegadas o del personal, si es un anciano institucionalizado. Por cada elemento se puntúa 0 ó 1 dependiendo de que sea o no independiente. La puntuación final oscila entre 0 y 5 para los hombres y de 0 a 8 para las mujeres.

Las aplicaciones de esta escala, han sido múltiples. Se ha utilizado como un indicador para determinar el tipo y nivel de cuidado necesario, decidir el ingreso en una institución, valorar intervenciones, entrenar al personal, en planificación y provisión de servicios y, por último, investigación (Israel, Kozarevic y Sartorius, 1984).

Por lo que respecta a la validación de la escala, se ha determinado una adecuada validez concurrente con respecto a la Escala de Clasificación Física (Waldman y Fryman, 1964), Cuestionario de Estado Mental y pruebas de memoria y orientación (Kahn, Goldfarb, Pollack y Peck, 1960) y la Escala de Apreciación de la Conducta (Waldman y Fryman, 1964). Se ha informado de una suficiente fiabilidad interjueces de esta escala (Israel, Kozarevic y Sartorius, 1984). Aunque sus autores intentaron conseguir una escala tipo Guttman, los resultados no son concluyentes. Por último, esta escala ha tenido dos críticas fundamentales. La primera de ellas, se refiere a que no cubre por completo las posibles actividades instrumentales de la vida diaria y la segunda señala que es una escala más apropiada para mujeres que para hombres ya que las actividades que evalúa son más propias de las primeras.

*Escala de Observación para la Evaluación de Residentes*  
(*Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation*) (NOSIE-30)  
(Honigfeld y Klett, 1965)

Esta escala de observación estructurada (Honigfeld y Klett, 1965) ha sido recomendada para su uso con ancianos con deterioro en su capacidad funcional a partir de revisiones realizadas sobre las escalas de apreciación de la conducta (Smith, 1979; Levy, 1980). A continuación se refiere el procedimiento seguido para su construcción. En primer lugar, se recopilaron 100 elementos a partir de escalas construidas previamente (Aumach, 1962; Burdock, Hakerem, Hardesty y Zubin, 1960; Lorr, O'Connor y Stafford, 1960 y Shatin y Freed, 1955) y de elementos originales elaborados por los autores. La formulación de los 100 ítems fue clarificada y modificada para posibilitar una puntuación basada en el método de observación. Posteriormente, fueron eliminados 20 elementos a consecuencia de su baja fiabilidad interjueces o por una inadecuada distribución de las puntuaciones sobre una muestra de ancianos institucionalizados. Los 80 elementos restantes formaron la escala conocida como NOSIE-80. Con posterioridad, se construyó la versión abreviada (NOSIE-30) con los 30 elementos que habían demostrado una mayor sensibilidad al cambio. Cada uno de estos elementos describe brevemente una conducta en términos objetivos (Patterson y Jackson, 1981).

Aunque construido originalmente para población psiquiátrica, este instrumento ha sido utilizado principalmente como una medida sensible a los efectos del tratamiento en población anciana y con fines de investigación.

En cuanto a la validación de la escala, sus adecuadas propiedades psicométricas han sido bien establecidas (Honigfeld y Klett, 1965; Smith, 1979). A través de un análisis factorial realizado sobre ella se obtuvieron los siguientes factores: "competencia social", "interés social", "cuidado personal", "irritabilidad", "psicosis manifiesta" y "retardo". La fiabilidad interjueces está siempre por encima de .80 para cada uno de los factores. Israel, Kozarevic y Sartorius (1984) informan que esta escala

tiene adecuada validez de constructo y externa, apropiada fiabilidad interjueces y, por último, ha mostrado una buena sensibilidad tanto interindividual como intraindividual.

Por lo que respecta a la administración de la NOSIE-30, el instrumento está diseñado para ser cumplimentado por enfermeras o auxiliares de enfermería tras un breve periodo de familiarización con el sistema de puntuación. Los autores recomiendan que lo cumplimenten dos evaluadores por sujeto. El tiempo de aplicación es 20 minutos, aproximadamente. El sistema de puntuación está basado en la observación del anciano durante tres días consecutivos. Todos los elementos están evaluados sobre una escala tipo-Likert de cinco puntos, oscilando de "nunca" (0) a "siempre" (4), debiendo invertirse quince de ellos para la corrección. La puntuación para cada factor se calcula sumando las puntuaciones correspondientes a todos los elementos que integran tal factor. Por último, los autores proporcionan una fórmula matemática para calcular una puntuación global de la escala.

A partir de todo lo expuesto anteriormente, es evidente la relevancia de la salud en la vejez y, con ello, la necesidad de contar con datos sobre aquélla a la hora de evaluar a un anciano. Ahora bien, desde la Psicología el interés se centra, antes que en la enfermedad, principalmente, en el impacto de la misma o en el deterioro del propio funcionamiento del anciano, ya que el objetivo será la descripción de la capacidad del individuo para lograr un funcionamiento adaptativo en su medio o, en otros términos, la salud conductual.

Debido a esta diferenciación, en el área de la evaluación de la salud en la vejez se distingue entre "salud física" y "actividades de la vida diaria" necesarias para la autonomía funcional. Esta distinción conceptual ha mostrado su utilidad en la evaluación de las personas de más edad, si bien debe tenerse presente que la separación de ambos aspectos a veces puede resultar difícil en la práctica.

Por lo que respecta a la evaluación de la salud física, los distintos indicadores normalmente utilizados (número de enfermedades diagnosticadas, número de consultas médicas) presentan una serie de problemas y limitaciones que deben ser tenidas en cuenta (desde su escasa capacidad para reflejar el impacto real en el funcionamiento del individuo a la posibilidad de que, en realidad, sean indicativos de otros aspectos diferentes a la salud). La percepción del sujeto sobre su propia salud, utilizada como indicador de salud subjetiva, ha sido ampliamente estudiada, poniéndose de manifiesto su relevancia en relación con el bienestar de los ancianos, su nivel de satisfacción con la vida, el aislamiento social, la adaptación o la mortalidad.

El concepto de Actividades de la Vida Diaria, como ya se ha dicho, responde a la necesidad de conocer, además de los problemas de salud, cómo éstos afectan a la capacidad funcional del individuo, entendiéndose con este término el conjunto de actividades necesarias para el autocuidado y la independencia personal. La necesidad de evaluación de Actividades de la Vida Diaria en la vejez, especialmente entre los ancianos de más edad, ha llevado al planteamiento de los contenidos que debe comprender este concepto, resultando de ello un consenso, en términos generales, sobre los aspectos que deben ser incluidos. De esta forma, todos los elementos que se incluyen en los distintos instrumentos de evaluación de Actividades de la Vida Diaria pueden incluirse en nueve dimensiones ("aseo e higiene", "vestido", etc.).

Un aspecto que cabe destacar en los dispositivos de medida utilizados para la evaluación de las Actividades de la Vida Diaria en la vejez es la diferenciación entre escalas de Actividades de la Vida Diaria y Escalas de Apreciación de la Conducta. Si bien ambos tipos de escalas tienen como objetivo la evaluación de la capacidad de funcionamiento del individuo en su vida diaria, las escalas de apreciación de la conducta parten de una concepción más global del deterioro. Uno de sus principales motivos para esta diferenciación es el interés de los teóricos y metodólogos de las Escalas de AVD por mantener un constructo univariado, frente a uno multivariado, de deterioro, según el cual el deterioro se explica como un proceso de regresión ordenado natural al envejecimiento, de carácter acumulativo y unidimensional (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963). Sin embargo, el reconocimiento de la

influencia del proceso de socialización frente a la visión mecanicista-biológica propuesta por Katz, ha llevado a demostrar la variabilidad del nivel de funcionamiento debida a causas sociales y ecológicas (Willems, 1977). Por todo ello, actualmente, la polémica entre las escalas AVD y las escalas de Apreciación de la Conducta parece haber desaparecido, ya que se considera que un uso exclusivo de las escalas de funcionamiento en la vida diaria que contemplen una única dimensión no cubriría las necesidades del profesional -clínico o investigador- y que lo importante es evaluar el funcionamiento en la vida diaria como producto del nivel de deterioro físico y del contexto en el que habita el anciano.

Por último, en la evaluación del funcionamiento en la vida diaria debe tenerse en cuenta que las escalas AVD presentan suficientes garantías psicométricas y, por tanto, son recomendables desde un planteamiento metodológico.

## **PARTE    EMPIRICA**

## 1. Introducción

---

El aumento del número de personas de más edad -entre otras razones- ha promovido el incremento de las demandas de actuación sobre este grupo de edad en todos los niveles posibles de intervención. La psicología, más exactamente, la evaluación psicológica, no se ha visto ajena a esta necesidad. No obstante, como se ha venido señalando a lo largo de todo este trabajo, existen ciertas insuficiencias metodológicas, tecnológicas y conceptuales en esta disciplina de la Psicología en la aplicación al grupo de ancianos que requieren la consideración de las mismas.

A nuestro juicio, una de las deficiencias más importantes con las que el psicólogo se puede encontrar es la insuficiencia de tecnología de evaluación para el grupo de personas de más edad. En este sentido, primeramente, se ha seleccionado un conjunto de variables que se han considerado relevantes y de gran utilidad en la vejez: funcionamiento cognitivo -especialmente la evaluación de la memoria-, en segundo lugar encontramos el funcionamiento afectivo, de tal modo que la evaluación se centra en el principal problema de este área como es la depresión; en tercer lugar se halla el funcionamiento social, especialmente el bienestar psicológico y el Apoyo social y, por último, la salud física y las actividades de la vida diaria.

En este sentido gran parte de este trabajo se ha centrado en la adaptación, validación y estandarización de instrumentos que cubran las principales áreas de evaluación en la vejez: funcionamiento cognitivo (memoria), funcionamiento afectivo, funcionamiento en la vida diaria, apoyo social y bienestar subjetivo. Concretamente, los 9 instrumentos sobre los que se ha trabajado han sido los siguientes:

### Memoria

1. Escala de Pares Asociados (Wechsler, 1945)
2. Escala de Memoria Lógica (Wechsler, 1945)
3. Autoinforme de Memoria (Fernández-Ballesteros y col., 1986)



### **Depresión**

- 4. Inventario de Depresión Beck (BDI, Beck y col., 1961)**
- 5. Lista de Adjetivos de Depresión (DACL, Lubin, 1981)**

### **Funcionamiento social**

- 6. Escala de Satisfacción Filadelfia (Lawton, 1972)**
- 7. Escala de Contactos y Apoyo Social  
(Díaz Veiga, 1985)**

### **Actividades de la Vida Diaria**

- 8. Escala de Observación de Residentes (Honigfeld y Klett, 1965)**
- 9. Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria (construida para este trabajo)**

Una segunda cuestión es la importancia y la necesidad de considerar tanto en el proceso de evaluación como en la intervención, la multidimensionalidad de las variables, debido a la interdependencia entre las conductas en la vejez. Además, de acuerdo con los modelos ecológicos de explicación del comportamiento humano, este no debe ser sólo considerado aisladamente, sino que se hace necesario comprender los comportamientos dentro del contexto en el cual ocurren. Con este propósito, se han realizado múltiples análisis para intentar establecer cual es el "mapa interactivo de comportamientos", incluyendo tanto las relaciones entre variables personales como las relaciones entre variables personales y ambientales que se producen en nuestro contexto de estudio -centros residenciales para la tercera edad-. Ello nos posibilitará una mayor comprensión de la compleja interacción del comportamiento de las personas de más edad.

A continuación, se describe el estudio empírico integrado en este trabajo doctoral. El estudio presenta los resultados referentes a la adaptación, validación y estandarización de los nueve instrumentos mencionados así como de las relaciones entre las variables que subyacen a cada uno de ellos.

## 2. Estudio empírico

### 2.1. Método

#### 2.1.1. Sujetos

En el estudio han participado 264 personas mayores de 65 años, residentes en 6 centros residenciales para ancianos, todos ellos dependientes del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) y distribuidos en 5 Comunidades Autónomas (ver Tabla 25). Cuatro de las residencias están destinadas a ancianos "válidos" (funcionalmente autónomos) y otras dos son residencias "mixtas" (compuestas por una unidad "asistida" en la que se presta asistencia a ancianos funcionalmente dependientes y otra de "válidos"). En total 139 ancianos proceden de Residencias de Válidos y 125 en Residencias Mixtas.

Tabla 25.

LOCALIZACION Y NIVEL DE CUIDADO DE LAS RESIDENCIAS  
DE LA MUESTRA

Residencia	Comunidad Autónoma	Nivel de Cuidado
1 Burgos	Castilla-León	Válidos
2 Gijón	Asturias	Mixta
3 Mérida	Extremadura	Válidos
4 Movera (Zaragoza)	Aragón	Válidos
5 Oviedo	Asturias	Válidos
6 Palma de Mallorca	Baleares	Mixta

Por lo que respecta a las características de la muestra evaluada (ver Tabla 26) la media de edad es de 78 años (rango= 57 a 98), de los que 170 son mujeres y 94 varones.

**Tabla 26**  
**Distribución de los Residentes por sexo, edad, estado civil**

<u>Variables</u>		<u>%</u>
<b>Sexo</b>	Varones	64.4
	Mujeres	35.6
		-----
	<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad</b>	de 55 a 64 años	3.0
	de 65 a 74 años	23.1
	de 75 a 84 años	57.5
	de 85 y más años	16.3
		-----
		<b>100.0</b>
<b>Estado Civil (1)</b>		
	Casados	9.3
	Viudos	60.2
	Solteros	30.5
	Separados/ Divorciados	-
		-----
		<b>100.0</b>

<sup>1</sup>. Sólo se obtuvo el estado civil de 161 residentes

### **2.1.2. Variables relevantes e instrumentos**

Las variables que se han considerado relevantes son las siguientes:

- 1. Funcionamiento de la memoria**
- 2. Estado afectivo del sujeto -específicamente nivel de depresión-**
- 3. Capacidad de funcionamiento del sujeto en su vida diaria**
- 4. El bienestar subjetivo**
- 5. Redes de apoyo social.**

Por lo que respecta a los instrumentos utilizados para evaluar la capacidad de funcionamiento del sujeto en la vida diaria se seleccionaron la "Escala de Observación para la Evaluación de Residentes" (NOSIE-30, Honigfeld y Klett, 1965) y la "Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria" (construido para este estudio).

La primera de las dos escalas utilizadas (NOSIE-30) ha sido descrita en la Parte Teórica de este trabajo (ver epígrafe 3.6.5.). En breve, consiste en una Hoja de observación estructurada que debe cumplimentar el personal en contacto directo con el anciano (enfermeras/os, auxiliares de enfermería, etc.) tras un periodo de entrenamiento en el uso de la escala. Tiene 30 elementos distribuidos en 6 dimensiones: "Competencia social", "Interés social", "Cuidado personal", "Irritabilidad", "Psicosis manifiesta" y "Retardo" y fue construida factorialmente.

Con respecto al segundo instrumento, la "Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria", fue construida específicamente para este trabajo. Consta de 14 elementos -extraídos de la revisión de otros 25 instrumentos- referentes a "higiene", "vestido", "hábitos de comida", "medicación", "continencia", "movilidad" y "comunicación". Debe ser también cumplimentada por personal en contacto directo con el sujeto, con posibilidad de observarle durante la ejecución de las actividades que componen la escala. Los evaluadores deben juzgar cada una de las conductas del

anciano en relación con las siguientes categorías de respuesta: "nunca desarrolla la habilidad correcta e independientemente", "algunas veces desarrolla la habilidad correcta o independientemente" o "siempre desarrolla la habilidad correcta o independientemente"; para ello, la escala proporciona una definición de lo que se considera dependencia e independencia en las 14 conductas que evalúa el instrumento.

En cuanto a la evaluación de la memoria de los ancianos, ésta fue evaluada mediante tres instrumentos. Los dos primeros son las subescalas de "Memoria Lógica" y "Pares Asociados" pertenecientes a la Escala de Memoria Wechsler (Wechsler, 1945), anteriormente descritas (epígrafe 3.2.4.5). La Escala de Memoria Lógica está compuesta de dos textos que son leídos al sujeto. Tras la lectura, éste debe recordar el máximo número de ideas posibles. No obstante, para este estudio el procedimiento fue abreviado ya que tan sólo fue administrada la primera de las dos historias, dada la fatigabilidad de los sujetos ante este tipo de pruebas. La Escala de Pares Asociados consta de 10 pares de palabras que son leídas al sujeto. A continuación, se le presenta la primera palabra de cada par y el sujeto debe recordar la otra. Este ejercicio se realiza tres veces, variando el orden de los pares. Por último, fue también administrado a los sujetos el "Autoinforme de Memoria para Ancianos" ((Fernández-Ballesteros y col., 1986). Este instrumento se utilizó con el fin de evaluar las quejas sobre memoria. Está compuesto de 21 elementos referentes a distintas situaciones de la vida diaria en las que las personas mayores informan de dificultades de recuerdo (por ejemplo, "Olvidar nombres de personas que le han presentado recientemente"). Cada elemento es contestado según su frecuencia de ocurrencia expresada en tres categorías ("frecuentemente", "alguna vez", "raramente"). La puntuación final para este instrumento se determina sumando dos puntos por cada elemento respondido "frecuentemente" y un punto por cada respuesta correspondiente a la categoría "alguna vez".

Los instrumentos seleccionados para evaluar el estado afectivo fueron el "Inventario de Depresión de Beck" (Beck y col., 1961) y la "Lista de Adjetivos para la Depresión" (DACL) (Lubín, 1981), también descritos en la primera parte del presente trabajo (epígrafe 3.3.5.2.). La versión del Inventario de Beck utilizada ha sido la española realizada por Conde, Esteban y Useros (1976).

Por lo que respecta a la evaluación del bienestar subjetivo, el instrumento específico de evaluación utilizado ha sido la "Escala de Satisfacción de Filadelfia" (Lawton, 1972) (epígrafe 3.4.1.4). Esta escala evalúa el estado de ánimo, considerado como un concepto multidimensional de bienestar psicológico. Consta de 17 elementos repartidos en tres dimensiones: "agitación" que hace referencia a la evaluación de ansiedad o humor disfórico, "actitud hacia el propio envejecimiento", que se relaciona con la evaluación del cambio autopercibido cuando se envejece, e "insatisfacción con la soledad", que representa la insatisfacción con el grado de interacción social experimentado en el momento actual.

Por último, se seleccionó la "Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales" (Díaz Veiga, 1985) para evaluar la red social de los ancianos. Este instrumento consta de siete elementos. Seis de ellos evalúan tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto (emocional, instrumental y "consejo") sobre una escala ordinal de cuatro puntos. Un último elemento hace referencia a la satisfacción subjetiva respecto a las relaciones sociales que mantiene. A partir de este instrumento se obtienen dos índices, uno referido a características objetivas de apoyo social (oscila entre 0 y 12 puntos) y otro referido a características subjetivas de satisfacción (oscila entre 0 y 3 puntos).

### **2.1.3. Procedimiento**

Como paso previo al comienzo del trabajo se informó por escrito a la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales de los objetivos y alcance de este trabajo para conseguir la correspondiente autorización que nos permitiera iniciarlo. La evaluación de los sujetos en los 6 centros residenciales fue realizada en el periodo de tiempo comprendido entre Junio de 1988 y Febrero de 1989 por psicólogos entrenados en la evaluación con población anciana, a excepción de las dos pruebas en las que se

utiliza la técnica de observación -Escala de Observación para Residentes y Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria-, que fueron cumplimentadas por enfermeras/os o auxiliares de enfermería, dado su mayor conocimiento para valorar la ejecución en los elementos que componen dichos instrumentos. Este personal fue previamente adiestrado para la cumplimentación de los cuestionarios por los mismos psicólogos que administraron el resto de las pruebas.

En cada una de las residencias dónde se efectuó este trabajo se seleccionó a los sujetos utilizando un criterio al azar, lo que nos permitió asegurar la aleatoriedad de la muestra para este primer estudio. Una vez seleccionados se les convocó de forma individual para informarles de los objetivos del estudio y solicitar su colaboración, al mismo tiempo que se les garantizaba la confidencialidad de la información recogida. Todos aquellos ancianos que aceptaron tomar parte en el estudio<sup>(1)</sup> fueron evaluados individualmente mediante entrevista. Posteriormente, los sujetos fueron evaluados por segunda vez entre 30 y 40 días después de la primera evaluación.

Si bien inicialmente nuestro objetivo era administrar a cada sujeto todos los instrumentos descritos anteriormente, algunas dificultades de índole práctica frecuentes en este grupo de edad (fatiga, baja motivación, etc.) impidieron que cumplimentación del total de las pruebas por el conjunto de sujetos. Debido a ello, se agruparon los sujetos que cumplimentaron el mismo tipo de pruebas. Así, todos los sujetos que fueron evaluados con el "Inventario de Depresión de Beck" también lo fueron con la "Lista de Adjetivos de Depresión" y la "Escala de Satisfacción Filadelfia" (N=100). De forma similar ocurre con las tres pruebas que evalúan memoria ("Pares Asociados", "Memoria Lógica" y "Autoinforme de Memoria") (N=146) y con las dos pruebas que evalúan funcionamiento en la vida diaria ("Escala de Observación para la Evaluación de Residentes" y la "Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria") (N=105). Las versiones que se utilizaron en la segunda evaluación fueron las mismas que en la primera excepto en las pruebas de "Pares Asociados" y "Memoria Lógica" que se

---

No se contabilizó el número de ancianos que rechazaron participar, aunque si se puede decir que fue muy escaso.

utilizaron dos versiones. Finalmente, se recogieron un total de 1658 pruebas de evaluación repartidos de la siguiente forma:

Cuestionarios	Sujetos	
	1ª ev.	2ª ev.
Inventario de Depresión Beck	100	88
Lista de Adjetivos de Depresión	100	88
Escala de Satisfacción Filadelfia	100	88
Escala de Pares Asociados	146	107
Escala de Memoria Lógica	146	107
Autoinforme de Memoria	146	107
Escala de Observ. de Residentes	105	102
Escala de Observ. Activid. Vida Diaria	105	102
Escala de Contactos y Apoyo Social	95	77

### Sistema de puntuación

Los instrumentos "Escala de Memoria Lógica", "Escala de Pares Asociados", "Inventario de Depresión de Beck" y la "Escala de Observación de Residentes" (NOSIE-30) se han puntuado siguiendo las normas incluidas en sus respectivos manuales, obteniéndose una única puntuación para los tres primeros y siete índices para la última (uno por cada dimensión, más una puntuación global). Asimismo, de la Escala de Satisfacción de Filadelfia, se obtiene una puntuación por cada factor, más un índice global de "satisfacción".

La "Escala de Adjetivos para la Depresión" ha sido puntuada sumando al número de adjetivos negativos marcados el número de adjetivos positivos no señalados por el sujeto, por lo que una alta puntuación tiende a indicar humor depresivo.



El "Autoinforme de Memoria" se ha valorado concediendo dos puntos por cada ítem que ocurre "con frecuencia" y un punto si sólo sucede "algunas veces". Por lo tanto, una puntuación elevada sugiere una gran cantidad de quejas de memoria. El subtest de Memoria Lógica (Wechsler, 1945) se han corregido simplemente sumando el número de ideas correctamente recordadas. Por lo que respecta al Subtest de Pares Asociados (Wechsler, 1945) la corrección se ha realizado sumando, separadamente, el número de pares sencillos recordados y el de difíciles. Posteriormente se aplica la siguiente formula:

**Puntuación final = (Pares sencillos recordados/2) + pares difíciles**

Los dos índices de la "Escala de Contacto y Apoyo Social" se han determinado sumando los puntos de los seis primeros elementos (características objetivas) para la primera puntuación. Mientras que el segundo es directamente el valor del séptimo elemento referido a la satisfacción con el apoyo social. En ambos índices una puntuación alta indica contar con más apoyo.

Por último, en la "Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria" se asignan dos puntos si el sujeto "siempre desarrolla la habilidad correcta o independientemente" y un punto si la realiza "algunas veces". Posteriormente, se suman todos estos valores para obtener una puntuación final de independencia en la vida diaria.

En la Tabla 27 se puede encontrar un cuadro resumen de los instrumentos y las puntuaciones obtenidas de cada uno en ellos.

### Análisis estadístico

Para realizar los análisis estadísticos que se describen a continuación se ha utilizado el Paquete de Programas Estadísticos para las Ciencias Sociales para ordenadores personales (SPSS/PC+). Antes de realizar los análisis, se llevó a cabo un

procedimiento de comprobación de la precisión conseguida en la introducción de datos, dado el cuantioso volumen de los mismos. Para ello, se revisó un 10% del total de datos según un procedimiento aleatorio, hallándose un porcentaje de error de 0.13%, (correspondientes a 4 datos erróneos de los 2957 revisados).

Tabla 27

Indices obtenidos por Instrumento

Escala de Pares Asociados	Global
Escala de Memoria Lógica	Global
Autoinforme de Memoria	Global
Lista de Adjetivos de Depresión	Global
Inventario de Beck	Global
Escala de Apoyo y C. Social	"Apoyo objetivo" "Apoyo subjetivo"
Escala de Satisfacción Filadelfia	Global "Actitud hacia la propia vejez" "Satisfacción" "Agitación" "Aprensión"
Escala de Observ. Actividades de la Vida Diaria	Global "Higiene" "Autocuidado" "Autonomía"
Escala de Observación de Residentes	Global "Competencia social" "Interés social" "Cuidado personal" "Irritabilidad" "Retardo"

En líneas generales, los análisis que se han efectuado para los distintos instrumentos son de tres tipos:

**Validación de instrumentos**

- . Análisis de la distribución y discriminación de los elementos
- . Estimación de la consistencia interna de los cuestionarios y escalas (alfa de Cronbach y correlación item-total), así como de sus dimensiones si las hubiere.
- . Estabilidad temporal de las medidas (fiabilidad test-retest).
- . Fiabilidad interjueces (en su caso)
- . Estimación de la validez concurrente mediante análisis de correlaciones.

- . Estimación de la validez predictiva (análisis de varianza y análisis discriminante) (en su caso).
- . Estimación de las dimensiones de los instrumentos (análisis factorial) (en su caso)

#### **Estandarización de las puntuaciones:**

Se aplicó un procedimiento informático realizado específicamente en Lenguaje BASIC para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones estándar T.

**Análisis de la influencia de variables sociodemográficas sobre las respuestas a los cuestionarios mediante análisis de regresión**

**Análisis de relaciones entre las variables consideradas relevantes en la vejez mediante análisis de correlaciones y análisis de regresión.**

#### **2.1.4. RESULTADOS**

Para una mayor claridad en la exposición, se comentará, primeramente, cada uno de los instrumentos con referencia a todos los análisis que se han efectuado para su validación y estandarización. Posteriormente, se mencionarán los resultados en relación con la influencia de determinadas variables sociodemográficas (p.e.: sexo) sobre las dimensiones evaluadas, así como de las relaciones entre éstas. Antes de proceder a tal exposición queremos señalar dos cuestiones sobre los análisis realizados. El primero de ellos hace referencia al criterio utilizado para determinar la capacidad de discriminación de los ítems. Se considera que un ítem cumple esta condición cuando las respuestas al mismo se distribuyen a través de las diferentes categorías de forma que cada una de éstas obtiene una frecuencia de respuesta entre el 10% y 90% del total de respuestas. El segundo aspecto se refiere al criterio de probabilidad a partir del cual consideramos que existe significación y que hemos fijado en  $p < .01$  (<sup>2</sup>).

---

<sup>2</sup> Por un problema de incompatibilidad entre el juego de caracteres gráficos y la impresión laser, no es posible reflejar el carácter  $\leq$ , por lo que será sustituido en todos los casos por el signo  $<$ .

#### 2.1.4.1 Validación y estandarización de instrumentos

##### Inventario de Depresión de Beck.

Para comprobar si los items se distribuyen variadamente en el conjunto de sujetos que componen la muestra, esto es, si tienen capacidad de discriminación entre estos, se realizó un análisis de frecuencias de las respuestas a cada uno de los elementos.

Tras el análisis de frecuencia de respuesta a los items del Inventario de Depresión de Beck, se concluye que 16 de los 19 items que lo componen cumplen la condición de discriminabilidad. Los tres items que no lo cumplen son los referentes a "culpabilidad", "satisfacción consigo mismo" y "pérdida de peso".

En cuanto a la correlación item-total de la escala (corr. de Pearson), 16 de los 19 elementos presentan una correlación significativa ( $p < .01$ ), no siendo así en el caso de los elementos que hacen referencia a "satisfacción consigo mismo", "pérdida de apetito" y "pérdida de peso".

Tras estos resultados, fueron eliminados los cuatro items que tenían una baja correlación item-total y/o no se distribuían de una forma variada. Debe señalarse que el elemento referido a "culpabilidad", si bien posee una correlación item-total significativa, obtiene la puntuación más baja del total de elementos (.26) (además de no mostrar suficiente distribución de respuesta).

Finalmente, tras la eliminación de estos cuatro elementos el Inventario de Depresión de Beck para Ancianos consta de quince items con una consistencia interna de .73 (alfa de Cronbach). Todos los elementos tienen una correlación significativa con la puntuación total de la escala ( $X = .45$ ). También ha sido calculada la fiabilidad dos

mitades, encontrándose un valor  $r_{xy}=.53$  ( $p<.01$ ). La fiabilidad test-retest, con un intervalo de un mes para el Inventario de Depresión de Beck ( $N=83$ ) ha sido de  $r_{xy}=.82$  ( $p<.01$ ).

Con el fin de analizar la validez convergente de este inventario se ha examinado la relación entre la puntuación conseguida en el Inventario de Depresión de Beck y la alcanzada en la Lista de Adjetivos para la Depresión, obteniéndose un valor (correlación de Pearson) de  $r_{xy}=.66$  ( $p<.01$ ).

Por lo que respecta a los datos descriptivos, la puntuación media de los sujetos es de 13, la desviación típica es de 6.8 y el rango 30 (mínima=0, máxima=30). Las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra se utilizaron como base para la elaboración de puntuaciones estándar. Para ello, en primer lugar, se transformaron las puntuaciones directas en puntuaciones T ( $X=50$  y  $D.T.= 10$ ). Sobre estas puntuaciones se determinaron las correspondencias entre las puntuaciones directas y las transformadas, asignando a cada una de las puntuaciones directas posibles una puntuación transformada. En la Tabla 1 del Anexo 1 se pueden observar los baremos correspondientes al Inventario de Depresión de Beck.

#### Lista de Adjetivos para la Depresión (DAKL) (Lubin, 1981)

Al seleccionar este instrumento nuestro interés principal era utilizarlo en la obtención de la validez concurrente del Inventario de Depresión de Beck, por lo que no se ha realizado un análisis pormenorizado de sus ítems, aunque sí se han determinado otros criterios psicométricos, así como también se han establecido datos normativos para esta prueba.

La fiabilidad test-retest de la Lista de Adjetivos para la Depresión con un intervalo de un mes entre ambas administraciones (N=88) obtiene un valor significativamente alto ( $r_{xy}=.84$ ,  $p<.01$ ). Por lo que respecta a los datos normativos, la puntuación media obtenida por el total de los sujetos ha sido de 10.6, desviación típica de 6.6 y un rango de 27 (mínimo=0, máximo=27). En la Tabla 2 del Anexo 1 se pueden encontrar las puntuaciones directas y sus puntuaciones respectivas transformadas.

### Escala de Satisfacción Filadelfia (Lawton, 1972)

En esta escala, originalmente compuesta de 17 elementos, se comprobó que todos ellos discriminaban adecuadamente entre los sujetos de la muestra, esto es, cumplen el criterio de obtener al menos entre el 10% y el 90% de respuestas en cada una de las categorías posibles. Por lo que respecta a la relación entre la puntuación de cada ítem con el total de la escala, se halló la correlación biserial puntual -ya que esta es una escala de respuesta dicotómica-. Los resultados muestran que 16 elementos tienen una correlación significativa ( $p<.01$ ) con el total de la escala. Tan sólo el elemento "¿Ve usted suficiente a sus amigos y parientes?" obtiene una correlación ítem-total no significativa ( $r_{bp}=.22$ ), por lo que fué eliminado.

Finalmente, tras la eliminación de este ítem, el instrumento consta de 16 elementos, con una consistencia interna de .79 (alfa de Cronbach). Todos los elementos presentan una correlación significativa ( $p<.01$ ) con la puntuación total (corr. ítem-total,  $X=.50$ ). También, se examinó la fiabilidad dos mitades de la Escala de Satisfacción de Filadelfia, encontrándose un valor de  $r_{xy}=.78$ . Por último, la fiabilidad test-retest (correlación de Pearson), con un intervalo de un mes (N=100) fue de .85 ( $p<.01$ ).

La Escala de Satisfacción de Filadelfia es un instrumento sobre el que se han efectuado numerosos análisis factoriales para determinar las dimensiones que las componen, con resultados algo diversos según distintos estudios (ver epígrafe 4.5.4.2). Por ello, hemos realizado un análisis factorial (rotación varimax) sobre los elementos de la misma. En la Tabla 28 se pueden encontrar algunos datos referentes al mismo. Del análisis emergen cuatro factores que explican conjuntamente el 51% de la varianza. Con respecto a las saturaciones de cada elemento con los factores, si bien existen algunos elementos (1, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14 y 15) que claramente se asocian a un factor, no obstante, otros ítems (2, 3, 4, 7, 9, 13 y 16) reparten su peso entre distintos factores. Por ello, se adoptó el siguiente criterio para determinar las dimensiones de la Escala de Satisfacción Filadelfia: todos los elementos que saturen en un factor por debajo de .30 serán excluidos de dicho factor, los que saturen entre .30 y .70, obtendrán la mitad de peso en el cálculo de dicho factor (medio punto) y a los elementos que saturen por encima de .70 se les asignará un punto en el cálculo de la puntuación en ese factor. De esta forma, un mismo elemento puede participar en más de una dimensión. Los 4 factores que finalmente se obtuvieron fueron los siguientes:

**Factor 1. "Aceptación de la propia vejez".**

Se obtiene sumando un punto por las respuestas contestadas en la dirección esperada en los elementos 1, 6 y 9, así como medio punto por los elementos 2, 10 y 14.

**Factor 2. "Satisfacción"**

Se obtiene sumando un punto por las respuestas contestadas en la dirección esperada en los elementos 11 y 15, así como medio punto por los elementos 3, 8, 10 y 14.

**Factor 3. "Agitación"**

Se obtiene sumando un punto por las respuestas contestadas en la dirección esperada en los elementos 13 y 16, así como medio punto por los elementos 3, 8, 10 y 14.

**Factor 4. "Aprensión"**

Se obtiene sumando un punto por las respuestas contestadas en la dirección esperada en los elementos 7 y 12, así como medio punto por los elementos 2, 4, 8 y 17.

**Tabla 28**  
**Escala de Satisfacción de Filadelfia**  
**Análisis factorial**

Factor	Autovalor	Pct de Var	Pct. Acumul.
1	3.9	24.4	24.4
2	1.7	11.1	35.5
3	1.4	8.9	44.4
4	1.0	6.8	51.2

Matriz factorial rotada

Elementos	Factores			
	1	2	3	4
1. ¿La medida que se va haciendo mayor, se ponen las cosas peor para usted?	.69	.12	.04	.11
2. ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	.38	-.02	-.09	.33
3. ¿Se siente solo?	.13	.56	.35	-.14
4. ¿Se molesta más por las cosas pequeñas este último año?	.22	-.01	.49	.43
5. ¿Siente que según se va haciendo mayor es Vd. menos útil?	.77	.04	.01	.12
6. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	.00	.22	.16	.70
7. ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son (mejor, peor, igual) que lo que usted pensó que serían?	.22	.49	-.12	.39
8. ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	.72	.08	.08	.00
9. ¿Ahora es tan feliz como cuando era más joven?	.42	.38	-.27	.21
10. ¿Tiene usted muchas razones por las que estar triste?	.06	.74	.11	.14
11. ¿Tiene miedo de muchas cosas?	.09	.00	.18	.69
12. ¿Se siente más irascible que antes?	.00	.26	.70	.12
13. ¿La mayor parte del tiempo la vida es difícil y dura?	.56	.34	.23	-.13
14. ¿Como esta de satisfecho con su vida ahora?	.02	.74	.04	.05
15. ¿Se toma las cosas a pecho?	-.00	.09	.81	.18
16. ¿Se altera o disgusta fácilmente?	.28	.03	.48	.38

En la Tabla 29, se presentan datos referentes a la consistencia interna y a la correlación item-total media de los elementos que componen las distintas dimensiones de la Escala de Satisfacción de Filadelfia. Asimismo, en la Tabla 30 se detallan las correlaciones entre sus dimensiones, así como de éstas con el total del instrumento.



**Tabla 29**  
**Escala de Satisfacción de Filadelfia**  
**Propiedades psicométricas**

	Aceptación	Satisfacción	Agitación	Aprensión
Consistencia	.68	.63	.67	.63
Corr. Item-total	.60*	.60*	.64*	.59*

(\*) ( $p < .01$ )

**Tabla 30**  
**Correlaciones entre dimensiones de la ESF**

	Actitud	Satisfacción	Agitación	Aprensión	P. Total
Actitud hacia el propio envejecimiento	-	.49*	.26*	.45*	.73*
Satisfacción		-	.40*	.43*	.76*
Agitación			-	.55*	.72*
Aprensión				-	.79*
Puntuación total					-

(\*) ( $p < .01$ )

Por lo que respecta a los principales datos descriptivos para este instrumento se puede señalar que la puntuación media de los sujetos es de 8.8, la desviación típica de 3.7 y el rango de 15 (mínima=1, máxima=16). Los elementos que presentan una mayor correlación con el total de la escala son los siguientes: "¿Se altera o disgusta fácilmente?", "¿Siente que según se va haciendo mayor es menos útil?" y "¿La mayor parte del tiempo la vida es difícil y dura?". En la Tabla 31 se muestran datos descriptivos de las dimensiones que componen la Escala de Satisfacción de Filadelfia.

**Tabla 31**  
**Escala de Satisfacción Filadelfia**  
**Datos Descriptivos de la ESF (N=100)**

<b>Dimensiones</b>	<b>X</b>	<b>D .T.</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
<b>Aceptación hacia la vejez</b>	<b>1.8</b>	<b>1.4</b>	<b>0</b>	<b>4.5</b>
<b>Satisfacción</b>	<b>2.4</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>4.0</b>
<b>Agitación</b>	<b>2.2</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>3.5</b>
<b>Aprensión</b>	<b>2.4</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>4.0</b>

Por lo que respecta a los datos normativos, en la Tabla 3 del Anexo 1 se pueden encontrar las puntuaciones directas y sus puntuaciones respectivas transformadas, tanto para la puntuación total como para las dimensiones de la Escala.

#### Autoinforme de Memoria (Fernández-Ballesteros y col., 1986)

El Autoinforme de Memoria consta originariamente de 21 elementos según se ha descrito en el apartado correspondiente a instrumentos. El análisis de la distribución de frecuencias de las respuestas indicó que 20 elementos se distribuyen según el criterio establecido ( 10% a 90% de respuestas en cada categoría); tan sólo un elemento -"reconocer a personas con las que ha tratado recientemente"- no cumple este criterio.

Por lo que respecta a la correlación item-total, se puede señalar que 18 de los 21 elementos tienen una correlación significativa ( $p < .01$ ) con la puntuación total de la escala, no siendo así en el caso de los siguientes elementos: "reconocer a personas con las que ha tratado recientemente", "recordar haber hecho determinados actos

rutinarios" y "localizar lugares del barrio a los que se acude con frecuencia". En consecuencia, fueron eliminados estos tres elementos de la escala (el primero de ellos además no había mostrado poder de discriminación, como ya se menciona en el párrafo anterior).

En definitiva, este instrumento queda compuesto por 18 elementos cuyas principales garantías psicométricas son las siguientes: la consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach) es de .90, todos los elementos tienen una correlación significativamente alta ( $p < .01$ ) con el total de la escala ( $X = .60$ ), la fiabilidad según el método de las dos mitades para el Autoinforme de Memoria es elevada ( $r_{xy} = .78$ ,  $p < .01$ ) y, por último, la fiabilidad test-retest de este autoinforme ( $N = 69$ ), con un intervalo de 30 días es, también, satisfactoria ( $r_{xy} = .91$ ,  $p < .01$ ).

Con respecto a los principales datos descriptivos de esta escala, se puede señalar que la media tiene un valor de 9.8, la desviación típica de 7.5 y el rango de 30 puntos (mínima=0, máxima=30). En la Tabla 4 del Anexo 1 se pueden observar los datos normativos correspondientes al Autoinforme de Memoria.

#### Subtest de Memoria Lógica (Wechsler, 1945)

Esta escala perteneciente a las Escalas de Memoria Wechsler, a diferencia de las anteriores, no tiene elementos diferenciados, sino que es un test que se puede considerar de "ejecución"; los elementos, por tanto, son palabras de una historia concatenada. Por ello determinados análisis pueden carecer de significado -distribución de los ítems y consistencia-. No obstante, se han realizado análisis estadísticos encaminados a establecer la estabilidad temporal, relación con otras pruebas de memoria y datos normativos.

Se obtiene un valor elevado para la fiabilidad test-retest ( $N=104$ ), con un intervalo de 30 días ( $r_{xy}=.71$ ,  $p<.01$ ). La correlación de la prueba de Memoria Lógica con la prueba de Autoinforme de Memoria alcanza un valor no significativo al nivel de probabilidad previamente establecido ( $p<.01$ ), aunque, sí lo sería a un nivel de probabilidad menos restrictivo ( $r_{xy}=-.15$ ,  $p<.05$ ). También las puntuaciones obtenidas en Memoria Lógica correlacionan significativamente con las obtenidas en la prueba de Pares asociados ( $r_{xy}=.50$ ,  $p<.01$ ).

El número medio de elementos recordados por los sujetos de la muestra es de 6.1 (D.T.= 4.0) con un rango de 19 (mínima=0, máximo= 19). Por lo que respecta a los datos normativos en la Tabla 5 del Anexo 1 se pueden encontrar las puntuaciones directas y sus puntuaciones respectivas transformadas.

#### Subtest de Pares Asociados (Wechsler, 1945)

Este instrumento pertenece a la Escala de Memoria Wechsler y por las mismas razones que la última escala, sólo se han examinado la estabilidad temporal, los datos descriptivos y la estandarización.

Esta escala consta de 10 pares de palabras, de los que 4 de ellos son de una mayor dificultad que el resto. La ejecución completa de la prueba exige realizar tres ensayos en los que se altera el orden de presentación de los pares. Por lo tanto, además de la puntuación final, se puede contar con seis puntuaciones adicionales ("fácil" vs. "difícil" combinado con el número de orden de ensayo).

La fiabilidad test-retest de la Escala de Pares Asociados sobre una muestra de 107 sujetos es significativamente alta ( $r_{xy}=.76$ ,  $p<.01$ ) La estabilidad temporal de las puntuaciones parciales mencionadas es, también, significativa en todos los casos, como puede observarse en la Tabla 32.

**Tabla 32**

**Prueba de Pares Asociados  
Fiabilidad Test-retest**

	Ensayo		
	Primero	Segundo	Tercero
Fácil	.60*	.64*	.60
Difícil	.53*	.52*	.50*
(*) (p<.01)			

La puntuación media final de la prueba de Pares Asociados obtiene un valor de 10.6 (D.T.=3.6) oscilando los valores entre un mínimo de 2 y un máximo de 18. En la Tabla 33 se muestran los valores para cada una de las puntuaciones parciales de esta prueba.

**Tabla 33**

**Prueba de Pares asociados  
Datos Descriptivos**

	Ensayo		
	Primero	Segundo	Tercero
Fácil	X= 3.2	X= 4.7	X= 5.1
	D.T.= 1.6	D.T.= 1.2	D.T.= 1.0
Difícil	X= .6	X= 1.4	X= 1.9
	D.T.= .7	D.T.= .9	D.T.= 1.0

Por lo que respecta a los datos normativos en la Tabla 6 del Anexo I se pueden encontrar las puntuaciones directas y sus puntuaciones transformadas respectivas.

### Escala de Contactos y Apoyo Social (Díaz Veiga, 1985)

Este instrumento consta de 7 elementos de los que se obtienen dos índices, "apoyo objetivo" y "apoyo subjetivo". Este último consta de un único elemento por lo que, evidentemente, para este segundo índice no se proporcionan datos de consistencia interna.

Por lo que respecta al primer índice, "apoyo objetivo", todos los elementos presentan una buena distribución de respuesta según el criterio preestablecido (10 a 90% de respuesta en cada categoría). El valor de la consistencia interna de esta escala (alfa de Cronbach) es de .57. Todos los elementos correlacionan significativamente con la puntuación final de la escala ( $X=.65$ ).

La puntuación media obtenida por los sujetos de la muestra en "apoyo social objetivo" tiene un valor de 7.1 (D.T.= 2.7) con un rango que cubre todo el espectro posible de puntuaciones (0 a 12). Por último, la fiabilidad test-retest de esta dimensión objetiva (correl. de Pearson) ( $N= 99$ ) con un intervalo de 30 días es alta ( $r_{xy}=.68$ ,  $p<.01$ ).

Por lo que respecta al apoyo subjetivo, muestra un adecuado poder de discriminación según el criterio establecido de distribución de respuesta. La fiabilidad test-retest para este índice es alta ( $r_{xy}=.69$ ,  $p<.01$ ). Su puntuación media obtiene un valor de 1.7 (D.T.=.9).

Por último, la correlación entre las puntuaciones de "apoyo subjetivo" y "apoyo objetivo" alcanza un valor de  $r_{xy}=.45$  ( $p<.01$ ).

### Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria

Esta escala de observación estructurada está compuesta por 14 elementos con tres posibles respuestas en función del nivel de independencia del sujeto. Al ser esta una escala que se ha creado específicamente para este trabajo hemos realizado un análisis detallado de la misma. En primer lugar, se ha realizado un análisis factorial para explorar si los elementos de la escala responden a factores distintos o si, por el contrario, se puede considerar unidimensional. Posteriormente, se ha examinado la distribución de los ítems, su consistencia interna, así como su estabilidad temporal. Además, al ser una escala que utiliza como técnica de medida la observación, se consideró conveniente que fuera cumplimentada por dos personas con el fin de examinar su fiabilidad interjueces.

Por lo que respecta a la dimensionalización de la escala se ha realizado un análisis factorial sobre la Escala de Actividades de la Vida Diaria. En la Tabla 34 se pueden encontrar los principales resultados. Se observa que emergen únicamente tres factores que explican el 65.2, 10.7 y 7.2% de la varianza, respectivamente. El total de varianza explicada conjuntamente es, pues, del 83%. Una vez obtenidas las saturaciones de los elementos en cada factor en la matriz rotada (método varimax) se establecieron tres factores. El primero de ellos, quedaría compuesto por los elementos 1, 2, 3, 4 y 6, denominándose "Higiene", (65.2% de varianza explicada) ya que estaría compuesto por elementos tales como "se baña regularmente" o "viste con ropa limpia". El segundo factor denominado "Autocuidado" (10.7% de varianza explicada) lo formarían los elementos 5, 7, 10, 11, 12 y 13, estando compuesto por elementos tales como "se pone la ropa sólo" o "acude al servicio independientemente". El tercer factor que hemos denominado "Autonomía" (7.2% de varianza explicada) estaría formado por los elementos restantes (8, 9 y 14) e incluye ítems tales como "expresa adecuadamente sus necesidades" o "es responsable de su medicación". Como se observa en la Tabla 34, dos de los elementos (8 y 13) tienen sus pesos repartidos entre los distintos factores. Para estos elementos, la adjudicación a un determinado factor se ha realizado tanto por el valor de la saturación en el mismo, como por la racionalidad de su inclusión en tal

factor. Además, como podrá comprobarse posteriormente, tanto la consistencia interna de las dimensiones donde están incluidos estos elementos, como su correlación con la puntuación total de esa misma dimensión son significativamente altas.

**Tabla 34.**

**Escala de Observ. de Actividades de la Vida Diaria**  
**Datos procedentes del análisis factorial**

Factor	Autovalor	Pct of Var	Pct acumulado
1	9.12216	65.2	65.2
2	1.49885	10.7	75.9
3	1.00322	7.2	83.0

**Matriz factorial rotada**

1	Baño regular	.89	.23	.12
2	Limpieza de dientes	.84	.23	.19
3	Limpieza del pelo	.88	.33	.17
4	Afeitado	.87	.37	.20
5	Se pone la ropa solo	.43	.77	.14
6	Viste ropa limpia	.81	.30	.27
7	Come con seguridad	.53	.64	.11
8	Modales básicos (comida)	.41	.46	.52
9	Responsable de medicación	.21	.43	.76
10	Acude al servicio	.36	.81	.24
11	Continencia urinaria	.25	.90	.18
12	Continencia fecal	.16	.85	.25
13	Autonomía en movimiento	.44	.58	.36
14	Expresión de necesidades	.24	.16	.91

Tras la realización de este análisis factorial de primer orden se realizó uno de segundo orden con rotación varimax. El resultado indica que la solución posible a este nuevo análisis es de un único factor.



También, se calculó la asociación entre las dimensiones mediante el cálculo de la correlación de Pearson entre la puntuaciones de cada una de ellas (ver Tabla 35). Como puede verse todas las asociaciones posibles son estadísticamente significativas.

**Tabla 35**  
**Escala de Observ. de Actividades de la Vida Diaria**  
**Relación entre sus dimensiones**

	Higiene	Autonomía	Autocuidado	Total
Higiene	-	.72*	.75*	.92*
Autonomía		-	.73*	.86*
Autocuidado			-	.93*
Total				-

(\*) ( $p < .01$ )

Una vez establecidas las tres dimensiones que compondrían la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria, "Higiene", "Autocuidado" y "Autonomía", procedimos a establecer el resto de las garantías psicométricas.

Por lo que respecta al poder de discriminación de los ítems todos ellos cumplen el criterio establecido sobre la distribución de respuesta. La consistencia interna de la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria (alfa de Cronbach) obtiene un valor de .94. La fiabilidad según el método de las dos mitades es de .83. La fiabilidad test-retest (Correlación de Pearson) ( $N = 102$ ) con un intervalo de 30 días alcanza un valor de  $r_{xy} = .95$ . Además, la correlación entre las puntuaciones de los pares

de jueces que evalúan a cada sujeto, esto es, la fiabilidad interjueces, obtiene un valor de  $r_{xy}=.93$  ( $p<.01$ ).

En la Tabla 36 se encuentran algunos valores correspondientes a las garantías psicométricas de cada una de las dimensiones de la AVD.

**Tabla 36**  
**Escala de Observ. de Actividades de la Vida Diaria**  
**Propiedades psicométricas (EOAVD)**

	Higiene	Autocuidado	Autonomía
Consistencia (alfa de Crobach)	.89	.91	.78
Fiab. Test-Retest (corr. Pearson)	.96*	.93*	.91*
Fiab. Interjueces (corr. Pearson)	.91*	.93*	.87*

(\*) ( $p<.01$ )

En cuanto a la asociación de estas dimensiones con las que componen la otra escala administrada para evaluar el funcionamiento del sujeto en su vida diaria (NOSIE-30), será comentada al referirnos a los resultados de éste.

Por lo que se refiere a la validez predictiva, se exponen a continuación los resultados. Al ser este un instrumento que evalúa actividades de la vida diaria, desde un punto de vista empírico utilizando una estructura de validación de grupos contrastados, tendría que ser un buen predictor para discriminar entre ancianos que viven en "Residencias Asistidas" y ancianos que viven en "Residencias para Válidos", y ello por cuanto las habilidades funcionales son el criterio más importante -aunque no el único- de admisión en Residencias Asistidas. Con este fin nos planteamos realizar, inicialmente, un análisis de diferencias de medias que nos permitiera saber si la puntuación total del instrumento es significativamente distinta para los ancianos que residen en ambos tipos de residencias. Si este resultado fuera significativo, se procedería a realizar

un estudio más preciso de la capacidad de discriminación del instrumento. Para ello se aplicaría un análisis multivariado discriminante, que nos permitiera conocer la configuración e importancia de los elementos del test a la hora de discriminar entre ancianos "asistidos" y "válidos". El número de sujetos que componen la muestra en los siguientes estudios es de 60 ancianos "asistidos" y 43 ancianos "válidos".

Los resultados del análisis de diferencias de medias muestran que, una vez comprobada la homogeneidad de la varianza de ambas distribuciones ( $F=1.85$ ,  $p<.053$ ), existen diferencias significativas en la puntuación total de la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria entre los ancianos que viven en Residencias Asistidas y los ancianos que viven en Residencias para Válidos ( $t=6.7$ ,  $p<.01$ ). La puntuación media para el grupo de "válidos" es de 22.9 (D.T.= 5.8) y la correspondiente al grupo de "asistidos" es de 13.0 (D.T.= 7.9). De forma similar, también existen diferencias significativas para las tres dimensiones que componen esta escala (ver Tabla 37).

**Tabla 37**  
**Escala de Observ. de Actividades de la Vida Diaria**  
**Diferencias entre ancianos asistidos-válidos**

Dimensión	Tipo	N	X	D.T	t	Signif.
Higiene	Asistidos	60	6.8	3.1	6.7	$p<0.1$
	Válidos	43	11.0	2.9		
Autocuidado	Asistidos	60	12.9	3.9	6.7	$p<.01$
	Válidos	43	17.1	2.2		
Autonomía	Asistidos	60	6.1	1.9	6.5	$p<.01$
	Válidos	43	8.3	1.3		

Por lo tanto, al existir diferencias significativas entre ambos grupos de ancianos, se procedió a la realización del análisis discriminante anteriormente mencionado. Como puede observarse en la Tabla 38, se obtuvo una función

discriminante con un valor en la correlación canónica de .74, un 66% de la varianza total explicada por las diferencias entre los grupos ( $\lambda=34$ ,  $p<.01$ ) y un porcentaje de varianza explicada del 100%.

**Tabla 38**  
**Función canónica discriminante**

Autovalor	% de varianza	Correlación canónica	Despues de la función	Landa Wilks	Grados de libertad	Signific.
			: 0	.3403	14	.0000
1.27	100.00	.7481 :				

Las correlaciones entre los valores de las variables de la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria y los valores de la función se muestran en la Tabla 39.

Como puede observarse, los items **Responsabilidad en la medicación** ( $r=.68$ ), **Autonomía en el movimiento** ( $r=.58$ ) y **Bañarse regularmente** ( $r=.57$ ) tienen las correlaciones más altas con la función discriminante.

En la figura 3 se puede observar una representación gráfica del análisis discriminante, más concretamente se muestra el "mapa territorial", en el que se indica la posición relativa de los centroides de cada grupo para la función canónica discriminante. Los centroides de cada uno de los grupos muestran cómo el valor positivo de la función (1.27) corresponde al grupo de ancianos "válidos", mientras que el valor negativo (-.97) sería el centroide del grupo de ancianos "asistidos".

**Tabla 39**

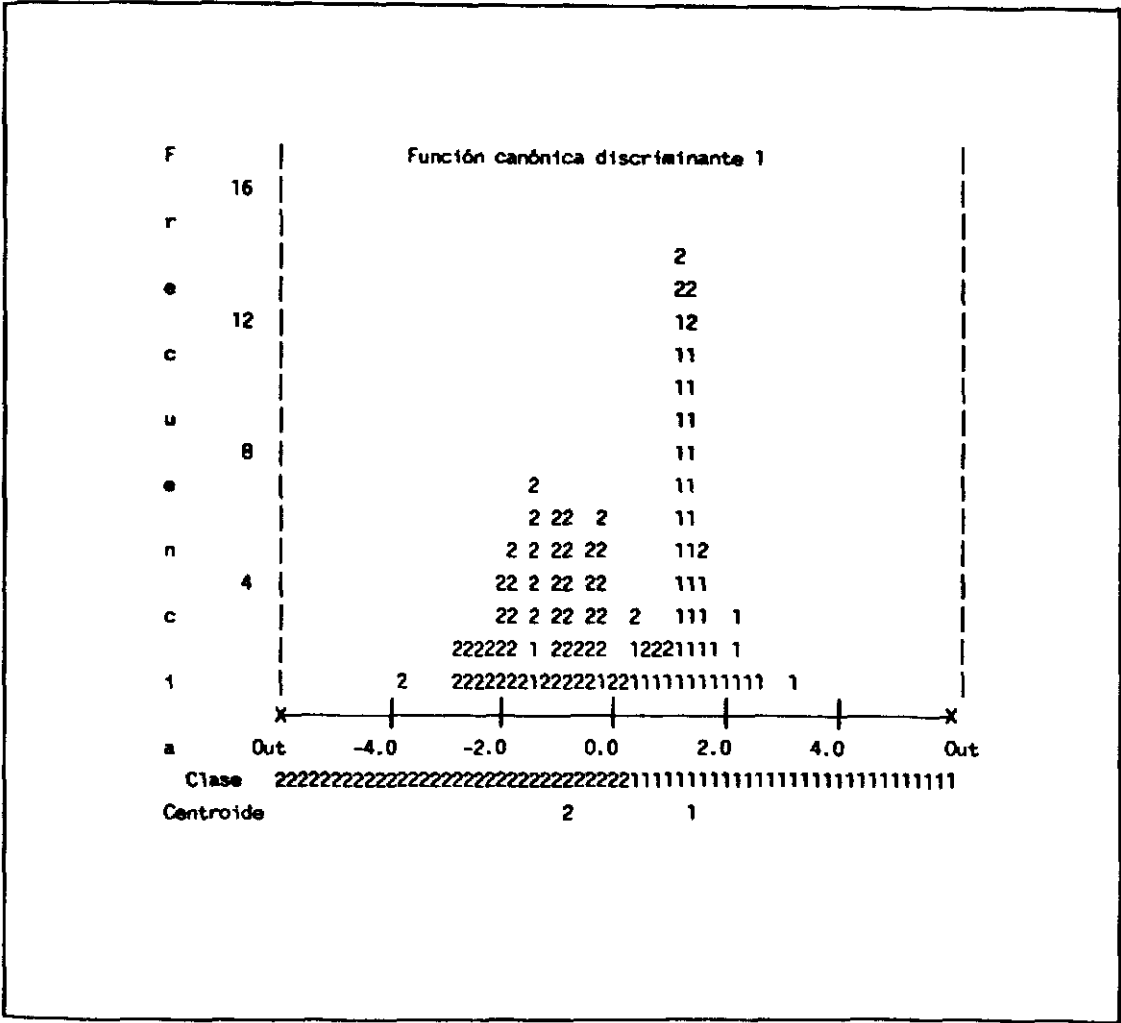
**Escala de Observ. de Actividades de la Vida Diaria**

**Correlación con la función discriminante**

Dimensión	Correlaciones (ordenadas)
	<u>Función 1</u>
Responsable en medicación	.68
Autonomía en el movimiento	.58
Se baña regularmente	.57
Limpieza y cuidado del pelo	.55
Se pone la ropa sólo	.50
Acude al servicio	.43
Viste con ropa limpia	.38
Come con seguridad	.35
Continencia urinaria	.35
Limpieza de dientes	.35
Afeitado	.34
Modales básicos en la comida	.31
Continencia fecal	.29
Expresión de necesidades	.28

Por último, el porcentaje de casos correctamente clasificados por la función discriminante sería de un 88,46% sobre el total. Más concretamente, el EOAVD ha clasificado correctamente a 41 de los 44 ancianos que viven en Residencias para Válidos y 51 de los 60 ancianos que viven actualmente en Residencias Asistidas.

**Figura 3**  
**Función canónica discriminante**



(1) grupo de ancianos "válidos"      (2) grupo de ancianos "asistidos"

Con respecto a los principales datos descriptivos de la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria, se puede señalar que la puntuación media final obtiene un valor de 17.3 (D.T.=8.6), oscilando los valores entre un mínimo de 0 y un máximo de 28. En la Tabla 40 se muestran los valores para cada una de las dimensiones que componen este instrumento.

**Tabla 40**  
**Escala de Observación para Evaluación de Actividades de la Vida Diaria**  
**Datos descriptivos.**

<b>Dimensiones</b>	<b>X</b>	<b>D.T.</b>	<b>Nº elem.</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
<b>Higiene</b>	<b>4.4</b>	<b>3.5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
<b>Autocuidado</b>	<b>8.7</b>	<b>3.9</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>Autonomía</b>	<b>4.0</b>	<b>2.0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

En la Tabla 7 del Anexo 1 se pueden encontrar las puntuaciones normativas para cada una de las dimensiones, así como de la puntuación global de la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria.

#### Escala de Observación para la Evaluación de Residentes

La Escala de Observación para la Evaluación de Residentes (en adelante, EOER) está originalmente compuesta de 30 elementos (ver epígrafe de instrumentos de actividades de la vida diaria, NOSIE 30, ). Los dos primeros análisis que se han planteado con esta escala se han dirigido a la aplicabilidad de sus elementos y al examen de las dimensiones propuestas por sus autores. Posteriormente, se plantearon análisis estadísticos referentes a la consistencia interna, correlación ítem-total de sus elementos, fiabilidad test-retest, fiabilidad interjueces, validez concurrente con otras pruebas del mismo tipo y validez predictiva.

La cuestión de la aplicabilidad de sus elementos fue suscitada porque originalmente esta escala estaba diseñada para población psiquiátrica institucionalizada y no para sujetos ancianos, aunque frecuentemente haya sido utilizada con este grupo de población. Por ello, fueron consultados 5 jueces expertos en relación con la aplicabilidad de los ítems a población anciana, estableciéndose como criterio de acuerdo entre ellos que al menos 3 de los jueces emitieran un mismo juicio. Como resultado de ello, todos los ítems referentes a una de sus dimensiones (Psicosis Manifiesta) fueron eliminados.

Por lo que respecta a su dimensionalización, la EOER construida mediante estrategia factorial tiene 6 factores. Nuestro interés se centró en replicar las dimensiones de la escala, una vez excluido los elementos pertenecientes a la escala Psicosis Manifiesta. Para ello realizamos un análisis factorial de sus elementos, cuyos principales resultados se muestran en la Tabla 41. Se puede observar cómo se extraen (rotación varimax) cinco factores que explican conjuntamente el 72,5% de la varianza. Además, cada uno de los elementos que componen la EOER satura sobre los factores propuestos en la escala original. Así los 5 elementos que componen la dimensión "Interés social" se agrupan en único factor -el factor 4- y, además, son los 5 elementos que más saturan sobre ese mismo factor. De forma similar se produce con "Cuidado Personal" e "Irritabilidad". El único elemento que no se ajusta a este patrón es "Rehúsa hacer las cosas ordinarias que se esperan de él" que satura sobre la dimensión "Retardo" y no sobre la dimensión "Competencia Social", como lo hace en la escala original. Por ello, se ha trasladado dicho elemento al factor sobre el que más satura, tras lo cual la relación elemento-saturación-dimensión se ajusta perfectamente.



Tabla 41

Escala de Observ. para Evaluación de Residentes  
Análisis factorial

Factor	Autovalor	Pct de Var	Pct. Acumulado
1	8.6	39.2	39.2
2	3.1	14.5	53.7
3	1.6	7.5	61.2
4	1.4	6.4	67.6
5	1.0	4.9	72.5

Matriz Factorial Rotada

Dimensiones	Elemento	Factor				
		1	2	3	4	5
Competencia social	Rehusa hacer cosas ordinarias	-.23	.22	-.01	.29	.68
	Dificultades de recordar	-.09	.81	.18	.19	.20
	Ha de recordarse lo que hacer	-.17	.77	.28	.24	.40
	Hay que recordarle la rutina de la residencia	-.15	.78	.30	.22	.22
	Tiene dificultad en recordar solo	-.04	.89	.16	.13	.10
Interés social	Muestra interés por actividades	-.19	.25	.16	.79	.26
	Trata de ser amable	-.42	.18	.50	.64	-.02
	Ríe o sonríe ante comentarios o acontecimientos divertidos	-.29	.39	.13	.72	.13
	Inicia conversaciones	-.13	.19	.19	.79	.25
	Habla sobre sus intereses	.19	.29	.19	.61	.40
Cuidado personal	Presenta aspecto descuidado	-.09	.15	.86	-.01	.18
	Mantiene limpios sus vestidos	-.23	.25	.79	.29	.19
	Es descuidado comiendo	-.21	.30	.71	.17	.15
	Va limpio	-.21	.21	.83	.19	.08
Retardo	Se queda sentado si no le sugiere actividad	.08	-.30	-.06	-.31	.73
	Se queda dormido si no se le sugiere actividad	.13	-.19	-.14	-.08	-.81
	Se mueve lenta o perezosamente	-.10	-.07	-.26	-.20	-.70
Irritabilidad	Es impaciente	.70	-.09	-.28	-.11	.09
	Se enfada o disgusta fácilmente	.89	.06	-.18	.07	.05
	Se enfada si no sale algo según sus deseos	.88	.09	-.09	-.16	.09
	Es irritable o se queja frecuentemente	.92	-.08	-.09	-.07	.08
	Tiene conductas violentas	.72	-.17	-.09	-.10	-.22

Además, se calculó la correlación de Pearson entre las distintas dimensiones que componen la EOER, encontrándose que la mayor parte de las correlaciones posibles son significativas (ver Tabla 42).

**Tabla 42**

**Escala de Observ. para Evaluación de Residentes**  
**Correlaciones entre sus dimensiones**

	Total	Cuidado personal	Interés social	Competen. social	Irritabilidad	Retardo
<b>Total</b>	-	.82*	.85*	.88*	-.36*	-.64*
<b>Cuidado personal</b>		-	.61*	.61*	-.39*	-.37*
<b>Interés social</b>			-	.68*	-.42*	-.43*
<b>Competencia social</b>				-	-.25*	-.50*
<b>Irritabil.</b>					-	.00
<b>Retardo</b>						-

(\*) ( $p < .01$ )

Una vez establecidas las dimensiones que componen la Escala de Observación de Residentes se establecieron el resto de las propiedades psicométricas. La **distribución de los elementos** cumple el criterio en todos los ítems. La **consistencia interna** de la escala (alfa de Cronbach) obtiene una puntuación de .67. La **fiabilidad** dos mitades de la escala alcanza un valor de  $r_{xy} = .56$ . La **fiabilidad test-retest** ( $N=102$ ) de la prueba, con un intervalo de 30 días, obtiene un valor de  $r_{xy} = .78$  ( $p < .01$ ). Por último, la **fiabilidad interjueces** (Pearson) alcanza una puntuación de  $r_{xy} = .86$  ( $p < .01$ ). En la Tabla 43, se pueden encontrar datos referentes a la consistencia interna, media de las correlaciones ítem-total, fiabilidad test-retest y fiabilidad interjueces de las dimensiones "Interés Social", "Competencia Personal", "Cuidado Personal", "Irritabilidad" y "Retardo" que componen la Escala de Observación de Actividades de Residentes.

Tabla 43

Escala de Observ. para Evaluación de Residentes  
Propiedades psicométricas de las dimensiones

	Interés social	Competencia social	Cuidado personal	Irritabilidad	Retardo
Consistencia	.80	.92	.86	.88	.70
Corr. ítem-total	.60*	.82*	.71*	.72*	.61*
Fiab. Test-Retest	.79*	.77*	.82*	.79*	.73*
Fiab. Interjueces	.90*	.82*	.89*	.87*	.85*

(\*) ( $p < .01$ )

Por lo que respecta a la validez concurrente de esta escala obtenida a través de la correlación con la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria se puede señalar que obtiene un valor estadísticamente significativo ( $r_{xy} = .84$ ,  $p < .01$ ). En la Tabla 44 se muestran las correlaciones entre la puntuación total y dimensiones de la EOER con la puntuación total y dimensiones de la EOAVD.

Tabla 44

Escala de Observ. para Evaluación de Residentes  
Escala de Obser. de Activ. de la Vida Diaria  
Relaciones entre dimensiones

EOER	EOAVD			
	Total	Higiene	Autocuidado	Autonomía
Total	.84*	.74*	.72*	.76*
Interés Social	.70*	.60*	.61*	.75*
Competencia Social	.74*	.66*	.67*	.69*
Cuidado Personal	.72*	.68*	.66*	.62*
Retardo	-.60*	-.59*	-.55*	-.48*
Irritabilidad	-.34*	-.32*	-.27*	-.35*

(\*) ( $p < .01$ )

Con respecto a la validez predictiva, al igual que con la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria, se ha realizado un análisis para determinar la capacidad de la EOER para discriminar entre ancianos que viven en residencias "asistidas" de ancianos que viven en residencias para "válidos". Previamente, se realizaron análisis de diferencias de medias -total y por dimensiones- para determinar la pertinencia del análisis discriminante. Estos resultados mostraron que, una vez comprobada la homogeneidad de la varianza de ambas distribuciones ( $F=1.54$ ,  $p<.17$ ), existían diferencias significativas en la puntuación total en la EOER entre los ancianos que viven en residencias "asistidas" ( $N=59$ ) y los ancianos que viven en residencias para "válidos" ( $N=43$ ) ( $t=4.3$ ,  $p<.01$ ). La puntuación media para el grupo de válidos es de 116.5 (D.T.= 26.4) y la media del grupo de asistidos de 88.1 (D.T.=32.7). De forma análoga, existen diferencias significativas para las cinco dimensiones que componen esta escala (ver Tabla 45).

**Tabla 45**  
**Dimensiones de Escala de Observ. para Evaluación de Residentes**  
**Diferencias entre ancianos "asistidos-válidos"**

Dimensión	Tipo	N	X	D.T	t	Signif.
Interés social	Asistido	59	14.1	9.2	3.5	$p<0.1$
	Válidos	43	20.3	7.4		
Competencia social	Asistido	59	20.2	10.5	4.1	$p<.01$
	Válidos	43	27.6	7.4		
Cuidado personal	Asistido	59	20.9	8.4	4.4	$p<.01$
	Válidos	43	25.1	8.1		
Irritabilid.	Asistido	59	14.4	11.3	-2.6	$p<.01$
	Válidos	43	9.0	8.7		
Retardo	Asistido	59	17.1	5.4	-5.2	$p<.01$
	Válidos	43	11.8	4.0		

Dado que los análisis preliminares mostraban diferencias estadísticamente significativas entre ancianos "asistidos" y "válidos" se procedió a la realización del análisis discriminante. Como puede observarse en la Tabla 46, se ha obtenido una función discriminante con un valor en la correlación canónica de .62, un 59% de la

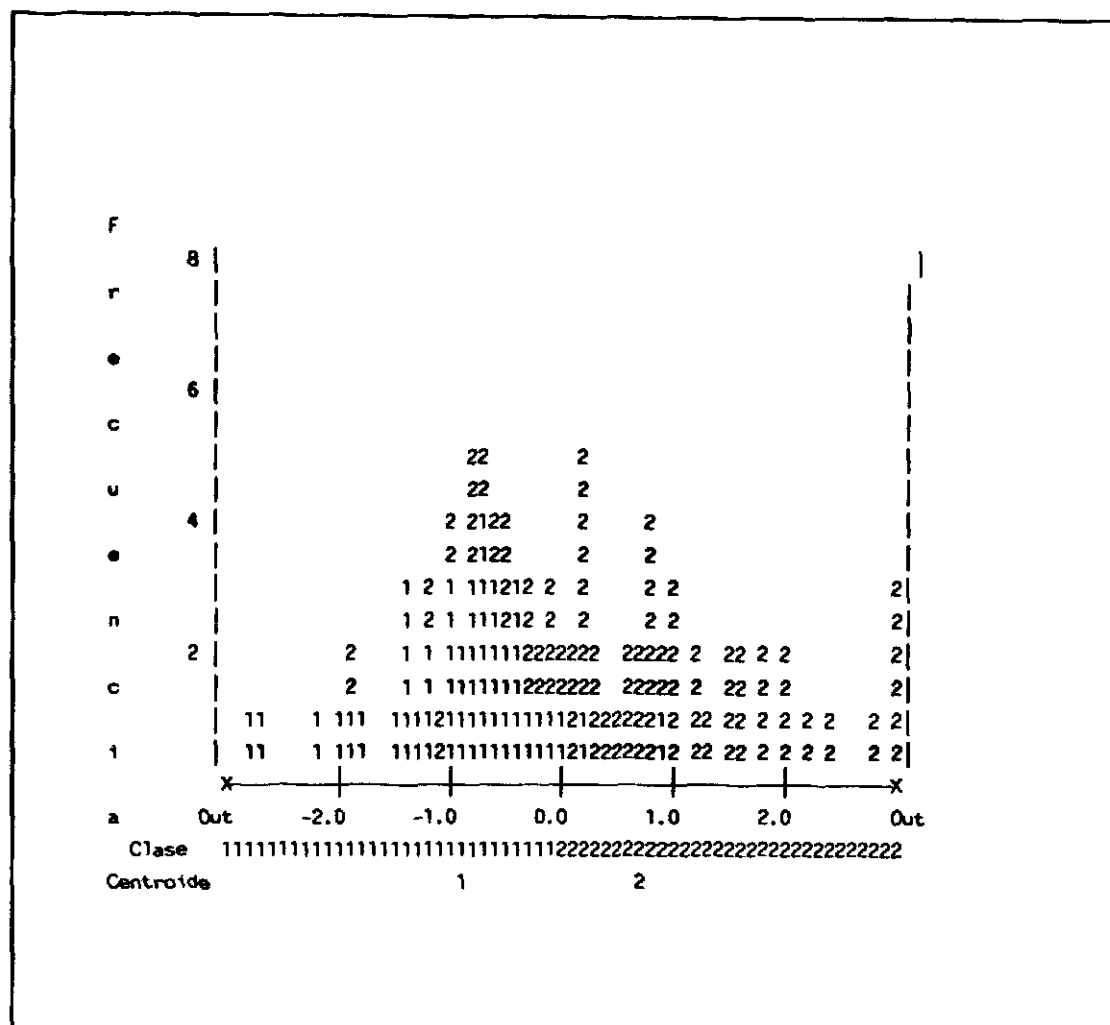
Tabla 47

Escala de Observ. para la Evaluación de Residentes  
Correlación elemento-función discriminante

Dimensión	Correlaciones (ordenadas)
Función 1	
Se queda sentado si no se le sugiere alguna actividad	.57
Se mueve lenta o perezosamente	.47
Se queda dormido si no se le sugiere alguna actividad	.47
Ha de recordarse lo que ha de hacer	.45
Habla sobre sus intereses	-.44
Muestra interés por la actividad de sus alrededores	-.40
Es necesario recordarle que siga la rutina del centro	-.38
Mantiene limpio sus vestidos	-.32
Rechusa hacer las cosas ordinarias que se esperan de él	-.31
Inicia una conversación con los demás	-.30
Ríe o sonríe ante comentarios divertidos	-.28
Tiene dificultades en recordar	-.27
Trata de ser amable con los demás	-.27
Conducta subitamente violenta	.25
Tiene dificultades en recordar el las tareas sencillas	-.25
Es descuidado en su forma de comer	-.21
Es irritable o se queja con frecuencia	.19
Se enfada si algo no sale según sus según sus deseos	.16
Va limpio	-.13
Se enfada o disgusta fácilmente	.05
Presenta un aspecto descuidado	-.04
Es impaciente	.01

Por último, el porcentaje de casos correctamente clasificados por la función discriminante sería de un 80% sobre el total posible. Más exactamente, el instrumento EOER ha clasificado correctamente a 41 de los 55 ancianos que viven en residencias "asistidas" y 35 de los 39 ancianos que viven en residencias para "válidos".

**Figura 4**  
**Función discriminante canónica 1**



**Tabla 48**  
**Datos descriptivos.**  
**Escala de Observación para la Evaluación de Residentes**

<b>Dimensiones</b>	<b>X</b>	<b>D.T.</b>	<b>Nº elem.</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
<b>Interés social</b>	<b>16.6</b>	<b>9.0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>37</b>
<b>Competencia social</b>	<b>29.6</b>	<b>11.1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>40</b>
<b>Cuidado personal</b>	<b>22.7</b>	<b>8.7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>32</b>
<b>Retardo</b>	<b>14.8</b>	<b>5.5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>30</b>
<b>Irritabilidad</b>	<b>12.0</b>	<b>10.6</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>40</b>

## Relaciones entre variables

---

Una vez descritos los resultados de los análisis estadísticos que determinan las garantías psicométricas de los instrumentos utilizados, se van a presentar los correspondientes al análisis de las relaciones entre variables. A este fin se han realizado dos tipos de análisis:

1. Examen de la influencia del sexo, edad y estado civil sobre las respuestas de los sujetos en todos los instrumentos administrados.
2. Estudio de la asociación entre las variables evaluadas, mediante análisis encaminados a determinar qué variables están relacionadas entre sí:

- . Análisis de correlaciones (Pearson) entre las pruebas que evalúan: 1) depresión, satisfacción y bienestar, 2) memoria y depresión, 3) quejas de memoria y las dimensiones del bienestar subjetivo 4) funcionamiento en la vida diaria (EAVD y EOER).

- . Análisis de regresión para estudiar la influencia de: 1) variables afectivas (depresión), bienestar subjetivo y memoria (según pruebas objetivas) sobre las quejas de memoria 2) variables afectivas (depresión) y bienestar subjetivo y memoria (según pruebas objetivas) sobre el propio funcionamiento de la memoria, 3) variables del bienestar subjetivo y de apoyo social sobre el funcionamiento afectivo de los sujetos, 4) dimensiones del funcionamiento del sujeto en la vida diaria sobre la *competencia social*, 5) dimensiones del funcionamiento del sujeto en la vida diaria sobre el nivel de *higiene* del sujeto 6) dimensiones del funcionamiento en la vida diaria del sujeto sobre el *retardo* demostrado y 7) dimensiones del funcionamiento de la vida diaria del sujeto sobre el nivel de *irritabilidad* manifestado.



**a) Influencia del sexo, edad y estado civil sobre variables relevantes.**

Para determinar la influencia del sexo, la edad y el estado civil en las variables estudiadas, se han aplicado repetidos análisis de regresión múltiples (método Stepwise) cuyas variables independientes han sido las anteriormente mencionadas y las variables dependientes todas las puntuaciones finales o puntuaciones de dimensiones de los instrumentos descritos en el epígrafe anterior.

En la Tabla 48 se ofrece para cada una de las variables relevantes, el coeficiente de determinación ( $r^2$ ) y los coeficientes de regresión (B) determinados por el sexo, la edad y el estado civil. Como se puede comprobar, prácticamente no existe influencia de estas variables sobre las respuestas en cada uno de los instrumentos. Tan sólo dos dimensiones se ven influidas por el sexo. El sexo influye ( $B = -.46$ ) sobre los resultados del Inventario de Adjetivos para la Depresión, explicando un 25% de la varianza total, siendo la puntuación media para el grupo de mujeres ( $X=12.3$ ) mayor que la del grupo de varones ( $X=8.2$ ), y sobre la dimensión Autocuidado de la Escala de Actividades de la Vida Diaria ( $B=2.06$ ,  $r^2=.06$ ), de tal modo que la puntuación media del grupo de varones ( $X=10.3$ ) es mayor que la de mujeres ( $X=8.1$ ).

**Tabla 48**  
**Influencia de Variables Socio-demográficas**

<u>Variable</u>	<u>r<sup>2</sup></u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado Civil</u>
Inventario de Depresión de Beck	.09	-.30	-.05	-.17
Lista de Adjetivos para la Depresión	.25	-.46*	-.12	-.02
Escala de Satisfacción Filadelfia	.09	-.26	-.06	-.11
Aceptación de la propia vejez	.08	.23	.06	-.05
Satisfacción	.09	-.31	-.01	-.12
Agitación	.08	.29	.10	-.05
Aprensión	.07	.27	.14	.15
Escala de Memoria Lógica	.06	-.13	-.09	-.05
Escala de Pares Asociados	.07	-.21	-.15	-.09
Autoinforme de Memoria	.09	-.30	-.01	-.13
Escala de Contactos y Apoyo social				
Apoyo objetivo	.10	.19	.11	.10
Apoyo subjetivo	.06	.13	.17	.04
Escala de Actividades de la Vida Diaria	.05	.42	-.09	-
Higiene	.03	.12	-.06	-
Autocuidado	.05	2.06*	-.10	-
Autonomía	.04	.99	-.13	-
Escala de Observ. Eval. de Residentes	.04	-.08	-.87	-
Competencia social	.05	.17	-.26	-
Interés social	.06	.11	-.23	-
Cuidado personal	.05	.05	-.32	-
Irritabilidad	.09	.05	-.14	-
Retardo	.04	-.13	.14	-

(\*) p<.01

- No se tienen datos de Estado Civil

**b). Asociación entre las variables estudiadas.**

Nuestro objetivo en esta segunda parte se centra en determinar cuáles son las principales agrupaciones entre las variables que evalúan los instrumentos administrados. Evidentemente, sólo se efectuaron aquellos análisis racionalmente congruentes y cuyos resultados se esperan contribuyan a la explicación del comportamiento en la vejez. Más concretamente, los análisis realizados fueron los siguientes:

- 1) Asociación entre depresión (Inventario de Depresión de Beck, Lista de Adjetivos para la Depresión), bienestar (Escala de Satisfacción de Filadelfia) y apoyo social (Apoyo Social Objetivo y Apoyo Social Subjetivo) (ver Tabla 49). Como se puede observar la mayor parte de las variables correlacionan significativamente excepto las variables referentes a las dimensiones de "apoyo social objetivo" y "apoyo social

subjetivo" que sólo correlacionan significativamente entre sí. Por otra parte, atendiendo al sentido de la relación, las dos variables relativas a depresión (BECK y DACL) tienen una asociación negativa con las variables a las que aparecen significativamente asociadas.

**Tabla 49**  
**Relaciones entre las variables Depresión, Bienestar y Apoyo Social**  
**(N=96)**

	Depresión (Beck)	Depresión (DACL)	E.S. Filad. Total)	Aceptación vejez	Satisfac.	Agitación	Aprensión	Apoyo objetivo	Apoyo subjetivo
Depresión (Beck)	-	.66*	-.61*	-.42*	-.54*	-.44*	-.51*	.02	.02
Depresión (DACL)		-	-.76*	-.54*	-.65*	-.59*	-.60*	-.05	-.16
E.S. Filadelfia			-	.77*	.79*	.78*	.82*	.05	.19
Aceptación de la propia vejez				-	.62*	.34*	.53*	.09	.15
Satisfacción					-	.48*	.47*	.08	.13
Agitación						-	.67*	.06	.17
Aprensión							-	.00	.11
Apoyo objetivo								-	.46*
Apoyo subjetivo									-

(\*) ( $p < .01$ )

2) Asociación entre memoria (evaluada a través de pruebas objetivas -Escala de Pares Asociados, Memoria Lógica- y pruebas subjetivas -Autoinforme de Memoria-) y depresión (evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck y la Lista de Adjetivos para la Depresión (ver Tabla 50). Los resultados de este análisis indican que se producen distintas asociaciones significativas al nivel de probabilidad establecido. Por un lado, al tener en cuenta únicamente las variable de memoria, se produce una asociación positiva y significativa ( $r_{xy} = .53$ ,  $p < .01$ ) entre las puntuaciones alcanzadas en la prueba de Memoria Lógica y la prueba de Pares Asociados, así como una asociación inversa y significativa entre el Autoinforme de Memoria y el Subtest de Pares Asociados. Por otra parte, se produce una asociación significativa positiva ( $r_{xy} = .30$ ,  $p < .01$ ) entre las puntuaciones obtenidas en el Autoinforme de Memoria y la Lista de Adjetivos para la Depresión.

**Tabla 50**  
**Relaciones entre las variables Memoria y Depresión**  
**(N=87)**

	Pares Asociados	Memoria Lógica	Autoinforme Beck	DACL
Escala de Pares Asociados	-	.53*	-.30*	.06
Escala de Memoria Lógica		-	-.15	-.01
Autoinforme de Memoria			-	.20
Depresión (Beck)				-.66*
Depresión (DACL)				-

(\*)  $p < .01$

3) Asociación entre las quejas de memoria (Autoinforme de Memoria) y las dimensiones de la Escala de Satisfacción de Filadelfia (PGC) (ver Tabla 51). Los resultados de la correlación señalan que existe una correlación significativa y negativa entre las puntuaciones de la dimensión *aceptación de la propia vejez* y el Autoinforme de Memoria ( $r_{xy} = -.32, p < .01$ ), así como de esta última con la *satisfacción* ( $r_{xy} = -.32, p < .01$ ).

**Tabla 51**  
**Relaciones entre el Autoinforme de Memoria y las dimensiones de la**  
**Escala de Satisfacción de Filadelfia (PGC)**  
**(N=70)**

	Aceptación de la propia vejez	Satisfacción	Agitación	Aprensión
Autoinforme de Memoria	-.3283*	-.3228*	-.2532	-.2236

(\*)  $p < .01$

4) Asociación entre las dimensiones que componen la Escala de Actividades de la Vida Diaria (EAVD) y la Escala de Observación para la Evaluación de Residentes (EOER) (ver Tabla 52). Los resultados del análisis entre las dimensiones de ambos instrumentos, señalan que todas las dimensiones se asocian significativamente entre sí ( $p < .01$ ), siendo la correlación más alta la correspondiente a las dos puntuaciones totales de las escalas ( $r_{xy} = .83$ ,  $p < .01$ ). Por otra parte, la dimensión que muestra correlaciones más bajas es la referente a *irritabilidad* (EOER). Por último, atendiendo al sentido de la asociación se puede comentar que las dos dimensiones que evalúan aspectos "negativos" (*retardo e irritabilidad*) muestran, en todos los casos, correlaciones negativas y significativas con el resto de las variables.

**Tabla 52**

Relaciones entre las dimensiones que componen la Escala de Actividades de la Vida Diaria (EAVD) y la Escala de Observación para la Evaluación de Residentes (EOER)  
(N=83)

EOER	EAVD			
	P. total	Higiene	Autonomía	Autocuidado
P. total	.83*	.76*	.78*	.74*
Interés social	.70*	.60*	.75*	.61*
Competencia social	.75*	.66*	.70*	.71*
Cuidado personal	.74*	.71*	.62*	.67*
Retardo	-.60*	-.58*	-.48*	-.54*
Irritabilidad	-.34*	-.32*	-.36*	-.27*

(\*)  $p < .01$

5) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia de variables afectivas y de la memoria objetiva sobre las quejas de memoria . Variable Dependiente: puntuación en el Autoinforme de Memoria. Variables Independientes: puntuaciones en la dimensión *satisfacción*, Inventario de Depresión de Beck, Lista de Adjetivos para la Depresión, Escala de Pares Asociados y Escala de Memoria Lógica. Los resultados del análisis de regresión muestran como la *aceptación hacia la propia vejez* ( $Beta=-.33$ ,  $p<.01$ ) explica el 18% de la varianza de la puntuación alcanzada de la prueba de Autoinforme de Memoria (ver Tabla 53).

**Tabla 53**  
**Predicción de Quejas de Memoria**

---

$r^2 = .19$	
	<u>Beta</u>
Aceptación hacia la propia vejez	-.33*
Satisfacción	-.18
Agitación	-.17
Aprensión	-.07
Beck	.21
DACL	.06
Pares asociados	.21
Memoria lógica	-.12

---

(\*)  $p<.01$

6) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia de variables afectivas, memoria subjetiva y de memoria objetiva sobre la propia memoria objetiva. Variable Dependiente: puntuación en la Escala de Memoria Lógica. Variables Independientes: puntuación del Inventario de Depresión de Beck, Lista de Adjetivos para la Depresión, Escala de Pares Asociados y Autoinforme de Memoria. Los resultados del análisis de regresión múltiple muestran cómo la puntuación que un sujeto alcanza en la prueba de

Memoria Lógica se explica en un 28% de la varianza por la puntuación alcanzada en la prueba de Pares Asociados ( $B=.53$ ,  $p<.01$ ) (ver Tabla 54).

**Tabla 54**  
**Predicción de Memoria Lógica**

$r^2=.28$	
	<u>Beta</u>
Beck	-.05
DACL	-.02
Pares asociados-	.53*
Autoinforme de Memoria	.02
(*) $p<.01$	

7) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia de variables afectivas, memoria subjetiva y de memoria objetiva sobre la propia memoria objetiva. Variable Dependiente: puntuación en la Escala de Pares Asociados. Variables Independientes: puntuación del Inventario de Depresión de Beck, Lista de Adjetivos para la Depresión, Escala de Memoria Lógica y Autoinforme de Memoria. De forma análoga al análisis anterior, los resultados sugieren que el 28% de la varianza de la puntuación en Pares Asociados se explica por la puntuación en Memoria Lógica ( $Beta=.48$ ,  $p<.01$ ) (ver Tabla 55).

**Tabla 55**  
**Predicción de Pares Asociados**

$r^2=.28$	
	<u>Beta</u>
Beck	.07
DACL	-.05
Memoria lógica	.53*
Autoinforme de Memoria	-.19
(*) $p<.01$	

8) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia del bienestar subjetivo y el apoyo social objetivo y subjetivo sobre variables afectivas. Variable Dependiente: puntuación en el Inventario de Depresión de Beck. Variables Independientes: puntuación en las dimensiones de la Escala de Satisfacción Filadelfia, Apoyo Objetivo, Apoyo Subjetivo (ver Tabla 56). Los resultados indican que un 38% de la varianza total puede ser explicada por dos de las dimensiones de la Escala de Satisfacción de Filadelfia: *satisfacción* (Beta=-.39,  $p<.01$ ) y *aprensión* (Beta=.32,  $p<.01$ ).

**Tabla 56**  
**Predicción de Depresión (Beck)**

$r^2 = .38$	
	<u>Beta</u>
Aceptación hacia la propia vejez	-.01
Satisfacción	-.39*
Agitación	-.04
Aprensión	.32*
Apoyo objetivo	.06
Apoyo subjetivo	.11
(*) $p<.01$	

9) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia del bienestar subjetivo y el apoyo social objetivo y subjetivo sobre variables afectivas. Variable Dependiente: puntuación en la Lista de Adjetivos para la Depresión. Variables Independientes: puntuación en las dimensiones de la Escala de Satisfacción Filadelfia, Apoyo Objetivo, Apoyo Subjetivo. Similarmente a lo que ocurría con el Inventario de Depresión de Beck, la puntuación en la Lista de Adjetivos para la Depresión puede ser explicada con un 54% de la varianza por la influencia de dos dimensiones: *satisfacción* (Beta=-.47,  $p<.01$ ) y *aprensión* (Beta= .37,  $p<.01$ ) (ver Tabla 57).



**Tabla 57**  
**Predicción de Depresión (DAFL)**

$r^2 = .54$	
	Beta
Aceptación hacia la propia vejez	-.06
Satisfacción	-.47*
Agitación	-.17
Aprensión	.37*
Apoyo objetivo	-.03
Apoyo subjetivo	-.06
(*) $p < .01$	

10) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia de variables del funcionamiento en la vida diaria sobre la *competencia social*. Variable Dependiente: puntuación en la dimensión de *competencia social* (EOER). Variables Independientes: puntuación en *Interés social* (EOER), *irritabilidad* (EOER), *retardo* (EOER), *autonomía* (EAVD) y *autocuidado* (EAVD). Los resultados muestran que existe una influencia de las variables *autonomía* (Beta= .46,  $p < .01$ ) e *interés social* (Beta= .40,  $p < .01$ ) sobre la puntuación obtenida por un sujeto en *competencia social*, explicando este modelo un 60% de la varianza.

**Tabla 58**  
**Predicción de Competencia Social (EOER)**

$r^2 = .60$	
	Beta
Higiene	.18
Autonomía	.19
Autocuidado	.46*
Interés social	.40*
Irritabilidad	.01
Retardo	-.09
(*) $p < .01$	

11) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia de variables del funcionamiento en la vida diaria sobre la *higiene* mostrada por los sujetos. Variable Dependiente: puntuación en la dimensión de *higiene* (EAVD). Variables Independientes: puntuación en *interés social* (EOER), *retardo* (EOER), *autonomía* (EAVD) y *autocuidado* (EAVD). Los resultados de este análisis de regresión muestra como un 66% de la varianza de la variable *higiene* puede ser explicada por la conjunción de tres variables: *autocuidado* (Beta=.37,  $p<.01$ ), *autonomía* (Beta=.35,  $p<.01$ ) y *retardo* (Beta= -.20,  $p<.01$ ) (ver Tabla 59).

**Tabla 59**  
**Predicción de Higiene (EAVD)**

$r^2 = .66$	
	<u>Beta</u>
Autonomía	.35*
Autocuidado	.37*
Interés social	.02
Retardo	-.20*
(*) $p<.01$	

12) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia de variables del funcionamiento en la vida diaria sobre el *retardo* mostrado por los residentes. Variable Dependiente: puntuación en la dimensión de *retardo* (EOER). Variables Independientes: puntuación en *competencia social* (EOER), *autonomía* (EAVD) y *autocuidado* (EAVD). Los resultados muestran que existe una influencia de la variable *autocuidado* (Beta= -.52,  $p<.01$ ) sobre la puntuación obtenida por un sujeto en *retardo*, explicando este modelo un 27% de la varianza (ver Tabla 60).

**Tabla 60**  
**Predicción de Retardo (EOER)**

$r^2 = .27$	
	<u>Beta</u>
Autonomía	-.19
Autocuidado	-.52*
Competencia social	-.19
(*) $p<.01$	

13) Análisis de regresión múltiple para estudiar la influencia de variables del funcionamiento en la vida diaria sobre la *irritabilidad* manifestada por los sujetos. Variable Dependiente: puntuación en la dimensión de *irritabilidad* (EOER). Variables Independientes: puntuación en *competencia social* (EOER), *autonomía* (EAVD) y *autocuidado* (EAVD). Los resultados muestran que existe una influencia de la variable *autonomía* (Beta= -.37,  $p<.01$ ) sobre la puntuación obtenida por un sujeto en *irritabilidad*, explicando este análisis un 15% de la varianza total (ver Tabla 61).

**Tabla 61**  
**Predicción de Irritabilidad (EOER)**

$r^2 = .15$	
	<u>Beta</u>
Autonomía	-.37*
Autocuidado	-.06
Competencia social	-.04
(*) $p<.01$	

## DISCUSION.

Los resultados de los análisis efectuados serán comentados a continuación. Para ello, se van a presentar todos los instrumentos (once en total) adaptados, validados y estandarizados para población anciana, subrayando sus características psicométricas y sus datos normativos. Asimismo, se procederá a realizar una síntesis de las relaciones entre las variables o comportamientos más relevantes para este grupo de edad.

## ADAPTACION DE INSTRUMENTOS

### Evaluación del funcionamiento mnésico

Entre los distintos procesos de la cognición humana, la memoria ha sido el principal objetivo de estudio de la psicología en la vejez. No obstante, a pesar de la proliferación de trabajos sobre memoria y vejez, sólo recientemente se ha prestado alguna atención a la evaluación de la memoria con objetivos que no sean puramente de investigación. Ello ha llevado a la necesidad de poder contar con instrumentos para población anciana en lengua castellana que evalúen tanto la memoria "objetiva" como la memoria "subjettiva", esto es, la evaluación de la memoria autoinformada. En este sentido se han adaptado, validado y estandarizado los siguientes instrumentos:

#### *Autoinforme de Memoria (Fernández-Ballesteros y col., 1986)*

El Autoinforme de Memoria evalúa la ocurrencia y frecuencia de problemas de memoria en determinadas áreas de la vida cotidiana. Tras la eliminación de 3 ítems por su escasa contribución a la puntuación total (baja correlación ítem-total) se puede considerar que en lo que se refiere a la fiabilidad, reúne unas propiedades psicométricas muy aceptables. El Autoinforme de Memoria obtiene una alta consistencia interna (.90), alta fiabilidad dos mitades ( $r_{xy}=.78$ ) así como una estabilidad temporal elevada

(fiabilidad test-retest,  $r_{xy}=.91$ ). Además, se ha mostrado como un instrumento fácil de administrar en la población anciana.

Por lo que respecta a la valoración de las puntuaciones alcanzadas por los sujetos, se puede señalar que el promedio de puntuación es relativamente bajo, ya que no llega al 25% del total posible de quejas sobre el funcionamiento de su memoria (9.8 sobre un máximo posible de 40), si bien la variabilidad entre los sujetos es elevada ( $D.T=7.5$ ). Los problemas de memoria en áreas de la vida cotidiana que presentan una mayor contribución a la puntuación final de la escala son "olvidar lo que se iba a decir en una conversación", "olvidar la dirección de personas", "olvidar lo que se iba a hacer en el momento siguiente" y "olvidar fechas de cumpleaños, aniversarios, etc..".

La comparación del Autoinforme de Memoria con otros instrumentos del mismo tipo permite señalar que la consistencia interna es tan elevada como los Cuestionarios de Metamemoria (.82) (Zelinski y col., 1980) y el Cuestionario de Funcionamiento de la Memoria (.90) (Gilewski y col., 1983) y algo superior al Cuestionario de Metamemoria en Adultos (.60 a .90) (Dixon y Hultsch, 1983), cuestionarios, que por otra parte, han sido mostrados en la literatura como los más adecuados (Gilewski y Zelinski, 1986). Asimismo, el Autoinforme de Memoria reúne unas cualidades psicométricas superiores en lo que respecta a la fiabilidad test-retest de los instrumentos anteriormente mencionados.

#### *Escala de Memoria Lógica (Wechsler, 1945)*

Por lo que respecta a la fiabilidad de la Escala de Memoria Lógica, integrada en las Escalas de Memoria Weschler, se encuentra una fiabilidad test-retest satisfactoria ( $r_{xy}=.71$ ). En cuanto a su validez, se puede decir que la validez convergente con otra prueba objetiva de memoria (Pares Asociados) es moderada ( $r_{xy}=.50$ ), mientras que es débil con el Autoinforme de Memoria ( $r_{xy}=-.15$ ) (en este último el nivel de significación es  $p<.05$ , inferior al establecido en este estudio) .

No es posible realizar comparaciones de la ejecución de los sujetos de la muestra con los baremos para ancianos existentes previamente (Wechsler, 1969), ya que no proporcionan datos para cada una de las pruebas por separado, sino que tan sólo, establecen una única puntuación final. No obstante, sí es posible realizar un análisis de nuestros datos basado en valores absolutos. En este sentido, con respecto a la puntuación media que alcanzan los sujetos se observa que es un valor considerablemente bajo (6.1). Esta puntuación supone obtener -como promedio- tan sólo el 25% de la puntuación posible (la máxima es 24). Este dato apoyaría la tesis de Russell (1975) que afirma que esta prueba es una de las que mejor discriminaría entre los ancianos y otros grupos de edad. En apoyo de esta tesis puede decirse que esta prueba de recuerdo de memoria inmediata la mayor parte de la información debe extraerse de la memoria secundaria, donde se produce precisamente la disminución del recuerdo debida a la edad (Craik, 1968, 1977; Raymond, 1971; Laurence, 1966, 1967a, Botwinick y Storandt, 1974).

#### *Escala de Pares Asociados (Wechsler, 1945)*

La Escala de Pares Asociados está igualmente incluida en las Escalas de Memoria Weschler. Tiene una fiabilidad test-retest alta para la puntuación total ( $r_{xy}=.76$ ) y moderadamente alta para las puntuaciones parciales ( $r_{xy}=.50$  a  $r_{xy}=.60$ ), así como una validez convergente moderada con respecto a la evaluación de la memoria mediante prueba objetiva (Memoria lógica,  $r_{xy}=.50$ ). No presenta relación alguna con la evaluación subjetiva de la memoria.

La puntuación que como promedio obtiene el grupo de ancianos en esta prueba se puede considerar media (10.6 pares recordados sobre un total de 21 pares posibles). Si nos detenemos en el examen de las puntuaciones parciales, esto es, en los diferentes ensayos de que consta la prueba se observa la capacidad de aprendizaje de las personas mayores. Así, para los pares fáciles, los sujetos mejoran significativamente entre la primera y tercera presentación un promedio de 1.9 pares ( $t=-17.7$ ,  $p<.01$ ) y 1.3 para los pares difíciles ( $t=-15.8$ ,  $p<.01$ ).

Respecto a la asociación consistente, tal y como se ha recogido en la literatura (Riege, 1982; Zelinski, Gilewski y Thomspen, 1980), entre las quejas de memoria y la ejecución sobre pruebas objetivas de memoria, según lo cual los ancianos que informan tener más problemas de memoria obtienen peores puntuaciones sobre prueba objetivas, nuestros resultados apuntan a la existencia de tal relación. Al observar los resultados de la ejecución del grupo de ancianos en las tres pruebas de memoria ("Autoinforme", "Memoria Lógica" y "Pares Asociados") se extrae la conclusión de que los sujetos que obtienen bajas puntuaciones en el Subtest de Pares Asociados tienden a informar significativamente de un mayor número de problemas de memoria. Además, la existencia de una asociación significativa entre las puntuaciones del Subtest de Memoria Lógica y las quejas de memoria (Autoinforme) ( $r_{xy} = -.16, p < .03$ ) -aunque no en el nivel de significación previamente establecido-, tiende a confirmar tal relación. Los resultados obtenidos en este estudio, a diferencia de los obtenidos en otros trabajos (Perlmutter, 1978; Rabbitt, 1982; Chaffin y Herrmann, 1983) apoyan la tendencia predominante en la literatura acerca de la existencia de una relación consistente entre la evaluación de la memoria mediante pruebas objetivas y subjetivas; en otras palabras, puede considerarse que el juicio de los ancianos sobre su propia memoria, está basado, al menos en parte, en datos objetivos. Por último, un análisis cualitativo de los items del Autoinforme de Memoria pone de manifiesto que las quejas más frecuentes (p. ej., "olvidar lo que se iba a decir en una conversación" u "olvidar lo que se iba a decir en el momento siguiente) implican básicamente la intervención de la memoria secundaria (Cavanaugh y col., 1983). Es decir, los problemas de memoria de los que informan los ancianos de nuestro estudio parecen tener relación con los procesos en los que está implicada la memoria secundaria, lo que explicaría la asociación hallada entre memoria autoinformada y objetiva, al implicar las pruebas utilizadas para la evaluación de esta última (Memoria Lógica y Pares Asociados), fundamentalmente, la utilización de la memoria secundaria.

## Estado afectivo

Entre los distintos aspectos que conforman el funcionamiento afectivo en la vejez, la depresión -o la presencia de algunas manifestaciones depresivas-, es un área de especial interés ya que se constituye en el principal problema emocional para las personas mayores (Butler y Lewis, 1982). Contar con instrumentos adaptados y baremados para la evaluación de la depresión en población anciana, pues, es un hecho que favorece un proceso de evaluación más adecuado. En este sentido, se han adaptado, validado y estandarizado algunos instrumentos.

### *Inventario de Depresión de Beck (Beck y col., 1961)*

La versión final del Inventario de Depresión de Beck (15 elementos), adaptado para su uso con ancianos, reúne unas aceptables propiedades psicométricas. De los cuatro elementos eliminados por criterios psicométricos tres de ellos tienen una justificación empírica añadida. Así, los elementos referentes a la "pérdida de peso", "pérdida de apetito" y "culpabilidad" se han mostrado en otros trabajos empíricos como no adecuados para evaluar depresión (Gallagher y col., 1978; Gallagher y Thompson, 1983). También, todos los ítems incluidos en la versión final cuentan con un adecuado poder de discriminación. Igualmente son aceptables sus características de fiabilidad, ya que posee una consistencia interna moderadamente alta (.73), una fiabilidad dos mitades moderada ( $r_{xy}=.53$ ) y una alta fiabilidad test-retest ( $r_{xy}=.82$ ). Por lo que respecta a la validez convergente entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Adjetivos para la Depresión, se puede decir que es aceptable ( $r_{xy}=.66$ ). Estos índices son similares, aunque ligeramente inferiores, a los obtenidos en un trabajo reciente (Heiby, 1990) cuyos resultados mostraban que el Inventario de Depresión de Beck poseía una consistencia interna de .80 y una fiabilidad test-retest de .88 en una muestra de 50 personas (Media de edad= 73.2 años), lo cual sugiere las adecuadas propiedades psicométricas de dicho instrumento.



Con respecto a la puntuación media que alcanzan los sujetos se observa que es un valor alto ( $X=13$ ). Los elementos que presentan una mayor correlación con el total de la escala son los siguientes: "Tristeza y sufrimiento" ( $r_{xy}=.63$ ), "Insatisfacción" ( $r_{xy}=.56$ ), "Preocupación por la salud" ( $r_{xy}=.56$ ), "Fracaso" ( $r_{xy}=.53$ ) y "Pesimismo" ( $r_{xy}=.52$ ). Para obtener una estimación de la incidencia de la depresión en los centros residenciales utilizamos criterios para población anciana (Florida Mental Health Institute, 1987) (ver Tabla 62). Según estos criterios la muestra española se clasificaría de la siguiente manera: 36.4% de ancianos "sin depresión", 40.4% de ancianos con "depresión leve", 19,2% de ancianos con "depresión moderada" y un 4% de ancianos con "depresión grave".

Por tanto, las tasas de sintomatología de depresión en las residencias de la muestra parecen ser evidentemente altas, máxime si tenemos en cuenta que se han eliminado cuatro ítems de la versión española para ancianos del Inventario de Depresión de Beck por lo que las puntuaciones de la muestra española son algo inferiores. Aceptando los criterios del FMHI, se puede señalar que casi un 64% de los ancianos superan las puntuaciones límite para aceptar la presencia de problemas relativos a la depresión. Además, teniendo en cuenta que en otros estudios se ha encontrado que los ancianos que obtenían una puntuación igual o superior a 17 pueden ser clasificados como sujetos con "depresión mayor" validado según los Criterios Diagnósticos para la Investigación (RDC, Spitzer, Endicott y Robins, 1978) (Gallagher, Nies y Thompson, 1982; Gallagher, Breckenridge, Steinmetz y Thompson, 1983), podría decirse que el 23% de ancianos de la muestra estudiada presentarían un trastorno depresivo grave.

Estos resultados, por otra parte, están en consonancia con las altas cifras de prevalencia de la depresión encontradas tanto en centros residenciales para ancianos en otros países (Hyer y Blazer, 1982; Parmelee, Katz y Lawton, 1989) como en el nuestro propio (Ribere, Reig y Miquel, 1988; Pérez, González, Moraleda y Zamora, 1989).

**Tabla 62. Clasificación de los sujetos de la muestra  
según criterios de Depresión para Ancianos**

Puntuación (Beck)	Grupo
Hasta 9	Sin depresión
10-17	Depresión leve
18-23	Depresión moderado
24 o más	Depresión grave

Por último, debe destacarse con respecto al Inventario de Depresión de Beck la dificultad que muestran los sujetos para la elección entre los distintas alternativas de respuesta, tal y como han señalado, también, otros autores (p.e.: Steuer y col., 1984). En este sentido, aún siendo el Inventario de Depresión de Beck un buen instrumento para la evaluación de la depresión, parece conveniente adaptar/crear nuevos instrumentos de más fácil administración para su aplicación a sujetos con más dificultades de responder ante las distintas alternativas que presenta este instrumento.

#### *Lista de Adjetivos para la Depresión (Lubin, 1967)*

Como ya se ha señalado al comentar los resultados de esta prueba, el interés principal en utilizar la Lista de Adjetivos para la Depresión estaba centrado en la obtención de validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck. No obstante, en cuanto a sus características psicométricas se puede señalar su buena fiabilidad test-retest ( $r_{xy}=.84$ ) y adecuada validez convergente con el Inventario de Depresión de Beck ( $r_{xy}=.66$ ). La alta estabilidad temporal debe ser tomada en cuenta ya que una de las principales utilidades de esta prueba es la evaluación de la fluctuación del estado de ánimo (Rehm, 1988). Por otra parte, el valor moderado alcanzado en la validez

concurrente con otras escalas de evaluación de depresión es consistente con el encontrado por otros autores (Rehm, 1988).

También debe señalarse la alta puntuación alcanzada por los sujetos en esta prueba ( $X=10.6$ ). Con respecto a esto último, se puede señalar que la forma habitual de corrección de la escala (adjetivos positivos menos negativos) fue modificada en este trabajo (negativos más positivos no marcados) con el fin de evitar las puntuaciones negativas que aparacían al aplicar la primera formula ( $X= -.6$ ). Al contrastar nuestros datos según la formula original con los descritos por Lubin (1981) para ancianos que viven en la comunidad ( $X=8.13$ ) observamos que la puntuación de la muestra española ( $X= -.6$ ) es bastante indicativa de un estado de ánimo negativo. La principal razón de que la media de los ancianos españoles obtenga casi 9 puntos más en esta prueba puede deberse a que los sujetos de la muestra de este estudio proceden de residencias de ancianos, donde tradicionalmente se encuentra una mayor incidencia de depresión (Ribera, Reig y Miquel, 1988; Pérez, González, Moraleda y Zamora, 1989).

En definitiva, a partir de la información recogida por los dos instrumentos utilizados para la evaluación de la depresión, Inventario de Depresión de Beck y Lista de Adjetivos para la Depresión, se puede concluir la concordancia de ambas escalas en señalar una alta tasa de incidencia de sintomatología.

### **Funcionamiento social**

El bienestar subjetivo y el apoyo social son focos de gran interés en la gerontología social, siendo clara su especial importancia en relación con este grupo de población de más edad (George y Bearon, 1980; Chiriboga, 1987). En este sentido, contar con instrumentos adaptados a nuestro país, que evalúen el bienestar subjetivo de los sujetos y el apoyo social es un fin fácilmente comprensible.

### *Escala de Satisfacción de Filadelfia (Lawton, 1972)*

Esta escala pretende evaluar el "estado de ánimo", considerado éste como un concepto multidimensional de bienestar psicológico. Así, un estado de ánimo elevado se caracteriza por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que "uno tiene su sitio en esta vida" y la aceptación de lo que no se puede cambiar (Lawton, 1972).

La versión final elaborada para este trabajo de la Escala de Satisfacción Filadelfia (16 elementos) reúne unas propiedades psicométricas aceptables. Un elemento fue eliminado -"¿Ve usted suficiente a sus familiares amigos?"- tanto por no alcanzar un valor adecuado en la correlación ítem-total, como porque un análisis cualitativo de la escala nos permitió observar que racionalmente este ítem no difería del resto de los elementos, asemejándose más a un indicador objetivo que a una valoración cognitiva o afectiva de la satisfacción. Algunos autores, por su parte, han señalado la conveniencia de eliminar este ítem (Kane y Kane, 1981).

La variada distribución de las respuestas de los sujetos a los ítems indica el adecuado poder de discriminación de éstos últimos. La fiabilidad de la escala se puede considerar muy satisfactoria, tanto por lo que respecta a su consistencia interna (.80) como a la fiabilidad dos mitades ( $r_{xy}=.78$ ) o la fiabilidad test-retest ( $r_{xy}=.85$ ), los cuales son valores similares a los encontrados por los propios autores de la escala (.81).

Por lo que respecta a la estructura de la escala se han encontrado mediante análisis factorial cuatro dimensiones con una consistencia que puede considerarse moderada (entre .63 y .68). Al pertenecer algunos elementos a más de un factor, se ha considerado pertinente incluirlos en las diferentes dimensiones, ponderándolos en función de la saturación. En definitiva, se obtuvieron dimensiones similares a las encontradas por otros autores (Lawton, 1975; Morris y Sherwood, 1975). Así, sería el caso de las dimensiones "agitación" que hace referencia a elementos que evalúan ansiedad (p.e.: ¿Se siente más irascible que antes?), la "actitud hacia el propio envejecimiento" que se relaciona con la evaluación del cambio auto-percibido (o

ausencia de cambio) cuando se envejece y cómo se valoran estos cambios (p.e. ¿Siente que según se va haciendo mayor es menos útil?) y, por último, "satisfacción" que representa aceptación, insatisfacción y humor disfórico (p.e.: ¿Cómo esta de satisfecho con su vida ahora?). Una cuarta dimensión que no aparece en otros análisis, pero que sí emerge de nuestros resultados ha sido denominada "aprensión" y consistiría en un factor en el que tendrían gran peso elementos que hacen referencia a falta de energía, miedo al futuro, etc. (p.e. "¿Tiene miedo de muchas cosas?").

Los elementos que presentan una mayor correlación con el total de la escala son los siguientes: "¿Se altera o disgusta fácilmente?", "¿Siente que según se va haciendo mayor es menos útil?" y "¿La mayor parte del tiempo la vida es difícil y dura?". Con respecto a la puntuación que alcanzan los sujetos en la Escala de Satisfacción de Filadelfia, se puede considerar que es una puntuación media (8.8 sobre un total posible de 16), algo inferior a la puntuación obtenida en el estudio para la construcción de la escala ( $X=11.3$ ) (Lawton, 1972), lo cual podría ser explicado, al igual que en el caso de las escalas de depresión, porque la muestra utilizada en nuestro estudio procede de marcos institucionales, mientras que en el estudio original procede tanto de la comunidad como de centros residenciales.

Por último, esta escala se ha mostrado muy fácil en cuanto a su administración, ya que presenta un lenguaje comprensible incluso para personas de edad muy avanzada y es fácil mantener la atención del sujeto durante el tiempo que requiere su aplicación.

#### *Escala de Contactos y Apoyo Social (Díaz-Veiga, 1985)*

La Escala de Contactos Sociales y Apoyo Social (Díaz Veiga, 1985) consta de 7 elementos y tiene dos índices que diferencian entre "apoyo social objetivo" y "apoyo social percibido". Todos los ítems se distribuyen variadamente, mostrando así un

adecuado poder de discriminación. El índice de "apoyo objetivo" tiene una fiabilidad baja si consideramos su consistencia interna (.57) -si bien superior al valor obtenido por su autora (.35) (Díaz-Veiga, 1985)- y moderadamente alta si atendemos a su fiabilidad test-retest ( $r_{xy}=.68$ ). Por otra parte, la fiabilidad test-retest del índice de "apoyo subjetivo" es asimismo moderadamente alta ( $r_{xy}=.69$ ). El grado de asociación entre los índices de apoyo objetivo y subjetivo aún siendo significativo, es un valor medio ( $r_{xy}=.45$ ), lo cual, habla en favor de un cierto grado de independencia entre ambos indicadores.

Por lo que respecta a la puntuación que obtienen los sujetos es media tanto en el índice objetivo (7.1 sobre un total posible de 12) como en el índice subjetivo (1.7 sobre un total posible de 4). Estos valores son inferiores a los encontrados por la autora de la escala, lo que puede ser explicado porque los sujetos de la muestra del presente trabajo, al vivir en residencias, tienen una menor oportunidad de participación social, así como de recibir apoyo de distintos tipos (emocional, instrumental o de "consejo") por parte de las personas que proporcionan la mayor parte del apoyo en esta etapa, esto es, la familia (Díaz Veiga, 1987). Además, el traslado, ingreso o mantenimiento en una residencia, supone, en la mayoría de los casos el alejamiento de personas con las que se han mantenido relaciones sociales durante largos periodos de tiempo. Es posible además, que un decremento de recursos personales llegue a dificultar el establecimiento de relaciones sociales proveedoras de apoyo en el nuevo lugar de residencia (Jacobs, 1969; Stephens, 1974). Estos resultados son no sólo en sí mismos, sino por las posibles implicaciones sobre el estado de salud de las personas de más edad y, máxime, de sujetos que viven en instituciones (Minkler, 1985), ya que a través de la disminución del sentimiento de control, un menor grado de apoyo tanto objetivo como percibido puede afectar a la salud de los individuos (Antonovsky, 1979).

## **Escalas de Funcionamiento en la Vida Diaria**

La capacidad de funcionamiento real de un anciano quedaría definida de una forma incompleta si tan sólo se utilizaran indicadores de salud general. El supuesto de que el número de problemas de salud correlaciona con el grado de deterioro funcional no es necesariamente cierto (Gallo, Reichel y Andersen, 1988). En este sentido, es necesario considerar la capacidad de funcionamiento de los ancianos en su vida diaria, no sólo poniendo el énfasis en la evaluación del deterioro físico y el nivel de autocuidado, sino que, por el contrario, es preciso partir de una concepción más global del funcionamiento, dejando lugar a otro tipo de variables como, por ejemplo, el estado de ánimo o la interacción social que mantienen las personas mayores (Gilleard, 1984). En este estudio, se han adaptado y construido, dos instrumentos que, en conjunto, evalúan desde esta perspectiva el funcionamiento en la vida diaria:

### ***Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria***

La Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria, compuesta por 14 elementos, posee unas propiedades psicométricas muy satisfactorias. La distribución de las respuestas de los sujetos a los ítems es adecuada con lo que queda asegurado el poder de discriminación de los ítems. Los análisis encaminados a determinar su fiabilidad han puesto de relieve una gran consistencia interna (.94), una alta fiabilidad dos mitades ( $r_{xy}=.83$ ), una alta fiabilidad test-retest ( $r_{xy}=.95$ ) y, por último, una alta fiabilidad interjueces ( $r_{xy}=.93$ ). Asimismo, se han obtenido resultados igualmente adecuados a partir de los análisis encaminados a determinar su validez. En primer lugar, el análisis factorial realizado sobre la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria ha mostrado la existencia de tres factores que explican una gran proporción de la varianza total (83%). Hemos denominado a estos factores "higiene", "autocuidado". "autonomía". Todos ellos han mostrado su adecuación en lo que respecta a la consistencia interna (.78 a .91), la fiabilidad test-retest (.91 a .96) y la fiabilidad interjueces ( $r_{xy}=.87$  a  $r_{xy}=.93$ ). Por otra parte, esta escala podría también considerarse

unidimensional ya que tras la realización de un análisis factorial de segundo orden emerge un único factor. Todos estos resultados parecen indicar la adecuada validez de constructo del instrumento.

Otros análisis, encaminados a determinar la validez convergente y predictiva de la escala, han mostrado igualmente, su adecuada validez. Por lo que respecta a la validez convergente de la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria con la Escala de Observación para la Evaluación de Residentes el valor alcanzado es alto ( $r_{xy}=.85$ ). La validez predictiva fue determinada analizando la capacidad de discriminación del instrumento para distinguir entre ancianos funcionalmente autónomos (residentes en centros para "válidos") y funcionalmente dependientes (residentes en centros "asistidos"). Los resultados del análisis discriminante realizado establecen que el instrumento es capaz de clasificar correctamente el 88.5% de los sujetos, siendo las variables que mejor distinguirían a un anciano válido de un anciano asistido las siguientes: "Responsabilidad en la medicación", "Autonomía en el movimiento" y "Bañarse regularmente".

Respecto a este último resultado, quisiéramos hacer una pequeña matización referente al grupo del 10% de ancianos no clasificado correctamente. En primer lugar, algunos sujetos cuyos cónyuges viven en una "residencia asistida" pueden estar allí viviendo con ellos sin que realmente ellos precisen tal nivel de cuidado y, por ello, han podido ser evaluados como parte de la muestra de ancianos "asistidos". No tenemos constancia de cuántos sujetos -si es que hay alguno- están en dicha situación. En segundo lugar -y más importante-, es posible que algunos sujetos que ingresaron en residencias para "válidos" se hayan deteriorado con el tiempo convirtiéndose en sujetos funcionalmente dependientes, sin que, por diversos motivos -falta de plazas en centros asistidos, lejanía de la familia, etc.-, se haya producido un traslado a una "residencia asistida" y, de esta forma, el sujeto conste como anciano "válido", cuando en realidad debería constar como "asistido".



Por lo que respecta a las puntuaciones alcanzadas por los sujetos, se puede señalar que la puntuación media ( $X=17.3$ ) se sitúa en una posición intermedia (máximo=28), si bien existe una amplia variabilidad entre los distintos sujetos es grande ( $D.T.=8.6$ ).

Por último, debe destacarse un aspecto de interés en el procedimiento. La administración de la escala fue llevada a cabo por personal del equipo de enfermería (auxiliares de enfermería y enfermeras/os), por ser las personas que tienen un mayor conocimiento de la ejecución de los comportamientos que evalúa la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria, al tener un contacto directo y prolongado con los propios ancianos. Un breve entrenamiento en el contenido, definición y forma de puntuación ha asegurado una buena recogida de los datos -como así lo demuestran las adecuadas propiedades psicométricas en lo relativo a su objetividad-, así como una forma rápida y poco costosa de obtención de información relevante del funcionamiento en la vida diaria de los ancianos. Una última observación en este sentido iría dirigida a la importancia de la fuente de datos en la aplicación del instrumento -en este caso, profesionales de contacto directo- por ser conocido que distintas fuentes de información proporcionan distintos datos (Kane y Kane, 1981; Rubenstein, Schairer, Wieland y Kane, 1984).

En definitiva, al igual que la mayor parte de las escalas utilizadas para la evaluación del funcionamiento de los sujetos en su vida diaria, la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria se ha mostrado como una escala metodológicamente adecuada. Las razones para que ello sea así se pueden encontrar en el seguimiento de las recomendaciones encontradas en la literatura para la evaluación del funcionamiento de la vida diaria: 1) utilizar la observación estructurada como método de recogida de información (Fillenbaum, 1987; Kane y Kane, 1981) 2) Considerar la mejor ejecución con un sentido prospectivo del sujeto en vez de cualquier otra (p.e.: promedio de ejecución retrospectivo) (Kane y Kane, 1981) 3) Fijar un periodo de observación extenso (en este caso tres días) (Kane y Kane, 1981) 4) Utilizar al menos un breve periodo de entrenamiento para el adiestramiento de los evaluadores 4) Fijar una forma de puntuación que incluya un rango de puntuación de tres puntos: "no necesita ayuda",

"puede con ayuda" y "no puede ni siquiera con ayuda" (Sainsbury, 1973; Fillenbaum, 1987) y 5) Realizar una definición conductual de los elementos, aunque no excesivamente rígida (Kane y Kane, 1981; Fillenbaum, 1984).

### *Escala de Observación para la Evaluación de Residentes (Honigfeld y Klett, 1965)*

La Escala de Observación para la Evaluación de Residentes (22 elementos) posee unas propiedades psicométricas muy aceptables. En primer lugar, un análisis de la aplicabilidad de sus elementos realizado mediante acuerdo interjueces puso de relieve la inadecuación para este grupo de edad de una de las dimensiones incluidas en la versión original de este instrumento ya que hacía referencia a síntomas de trastornos asociados a "psicosis" por lo que fueron eliminados todos los elementos que componían esta dimensión. En cuanto al poder de discriminación del resto de los ítems se comprobó su adecuación. Los análisis encaminados a determinar la fiabilidad han mostrado una consistencia interna aceptable (.67), una moderada fiabilidad dos mitades ( $r_{xy}=.56$ ), una alta fiabilidad test-retest ( $r_{xy}=.78$ ) y, por último, una alta fiabilidad interjueces ( $r_{xy}=.86$ ). En definitiva, la escala aparece con una adecuada fiabilidad e, incluso, se muestra algo superior a la escala original (Honigfeld y Hogarty, 1965) en lo que respecta a la fiabilidad interjueces.

Asimismo, los análisis encaminados a determinar la validez han mostrado resultados satisfactorios. En primer lugar, a partir del análisis factorial realizado sobre la Escala de Observación para la Evaluación de Residentes se han obtenido los mismos factores encontrados por los autores de la escala: "Competencia Social", "Interés Social", "Cuidado Personal", "Retardo" e "Irritabilidad". Todos ellos explican una gran proporción de la varianza total (72.5%). Tan sólo un elemento ("Rehúsa hacer cosas ordinarias que se esperan de él") saturó más sobre otro factor ("Retardo") que sobre el originalmente propuesto ("Competencia"). Este hecho, unido a que desde un punto de vista racional también parecería más plausible su inclusión en el factor en el que más satura, determinó su traslado a la dimensión "Retardo". Además, todos los factores han

mostrado adecuadas características de fiabilidad en lo que respecta a la consistencia interna (.80 a .92), la fiabilidad test-retest ( $r_{xy}=.73$  a  $r_{xy}=.82$ ) y la fiabilidad interjueces ( $r_{xy}=.82$  a  $r_{xy}=.90$ ). Como se puede observar la consistencia interna de las dimensiones es bastante más alta que la de la escala considerada globalmente.

Los análisis encaminados a determinar la validez convergente y predictiva de la escala han revelado, igualmente, su adecuación. Por lo que respecta a la validez convergente de la Escala de Observación para la Evaluación de Residentes con la Escala de Actividades de la Vida Diaria el valor alcanzado es considerablemente alto ( $r_{xy}=.85$ ). La validez predictiva fue determinada analizando la capacidad del instrumento para distinguir entre ancianos funcionalmente independientes (residentes en centros para "válidos") y ancianos funcionalmente dependientes (residentes en centros "asistidos"). Los resultados del análisis discriminante realizado establecen que el instrumento es capaz de predecir correctamente el 80% de los casos, siendo los elementos que pertenecen a la dimensión "Retardo" los que mejor distinguirían a un anciano "válido" de un anciano "asistido". Al igual que ocurre con la Escala de Actividades de la Vida Diaria, parte del porcentaje de sujetos no clasificados correctamente puede explicarse por la inclusión de sujetos "asistidos" como "válidos" y viceversa, por los motivos anteriormente descritos.

Es importante resaltar que, de la misma forma que la Escala de Actividades de la Vida Diaria, esta escala se ha mostrado muy adecuada para ser administrada por personal de trato directo con el anciano (enfermeras, auxiliares), así como viene a confirmar que la utilización de escalas de observación de estructurada cumplimentadas por personas cercanas al sujeto a evaluar sea el mejor método de recogida de información en la evaluación de la capacidad del funcionamiento de los ancianos en su vida diaria.

En definitiva, tanto la Escala de Observación para la Evaluación de Residentes como la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria, se han mostrado como instrumentos muy adecuados para la evaluación del nivel de funcionamiento personal independiente en los ancianos. Ello es así por sus buenas

propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, así como porque la técnica de recogida de información utilizada (observación) es especialmente adecuada en ancianos (Schale y Schale, 1977; Zarit y Zarit, 1983; Zarit, Elsler y Hassinger, 1985) y por el bajo coste en la obtención de la información (evaluación por personas cercanas).

## **RELACIONES ENTRE VARIABLES**

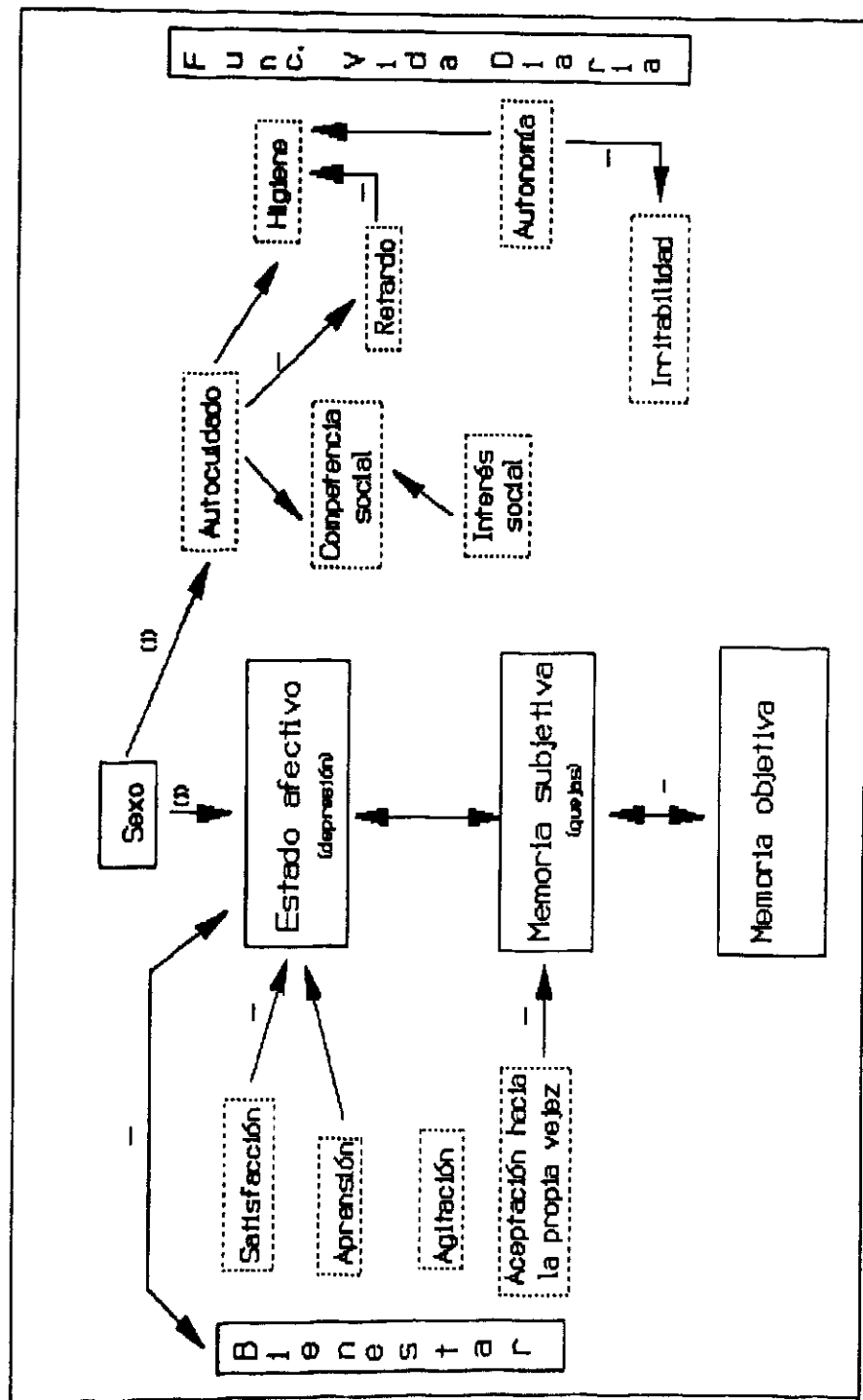
Ya se ha dicho que la ocurrencia de una multiplicidad de problemas que pueden afectar a la conducta. Además, es conocido que la interrelación entre las variables personales es especialmente significativa en esta edad. En este sentido, se ha recomendado sistematizar la evaluación multidimensional de los ancianos, incluyéndose variables sociales, ambientales, y fisiológicas, que puedan dar cuenta de la complejidad de la conducta, sentando así una sólida base para el diseño de intervenciones (Comfort, 1978).

Partiendo de los referentes anteriores, y dentro de un enfoque "exploratorio", se procedió a realizar análisis que permitieran establecer el "mapa de interacciones" que se produce en el contexto en que se enmarca este estudio (centros residenciales para ancianos). En la figura 5 se pueden observar los patrones de interacción de conducta extraídos mediante análisis de regresión, fundamentalmente.

Figura 5

## MODELO EMPIRICO, RELACIONES ENTRE VARIABLES

(Contextos institucionales para ancianos)



Por lo que respecta a la figura 1 se pueden señalar los siguientes aspectos:

1. Se ha encontrado relación entre la variable sexo y el estado afectivo del sujeto medido a través de la Lista de Adjetivos para la Depresión (Análisis de regresión,  $r^2=.25$ , Beta=-.46), de tal forma que las mujeres se asignan un mayor número de etiquetas negativas (12.3) que los hombres (8.2). Estos mismos resultados habían sido ya encontrado por otros autores (Gurland y col., 1980). También el sexo tiene una influencia significativa -aunque muy pequeña- sobre el nivel de autocuidado de los ancianos (Análisis de regresión,  $r^2=.05$ , Beta=2.06), siendo mayor en los hombres (10.3) que en las mujeres (8.1), lo cual es consistente con hallazgos anteriores (National Health Interview Survey, 1979-1980).

2. En la literatura se relaciona el nivel de depresión del sujeto con su bienestar o satisfacción (Gilleard, Willmott y Vaddadi, 1981). Así, por ejemplo, un estudio reciente (Heiby, 1990) muestra cómo la relación entre la puntuación obtenida en el Índice de Satisfacción en la Vida y en el Inventario de Depresión de Beck es estadísticamente significativa. En nuestro estudio, se confirma esta misma asociación entre el nivel de depresión (Escala de Adjetivos para la Depresión) y bienestar (Escala de Satisfacción de Filadelfia) ( $r_{xy} = -.76$ ), es decir, cuanto mayor es el nivel de bienestar informado menor es el nivel de depresión. Al profundizar sobre qué dimensiones particulares del bienestar se asocian más estrechamente al nivel de depresión, encontramos que la "Satisfacción" (Beta=-.39) y la "Aprensión" (Beta=.32) son los mejores predictores de depresión (Análisis de regresión,  $r^2=.58$ ), de tal forma que a mayor "Satisfacción" y menor "Aprensión" corresponde un menor nivel de depresión.

3. Por otra parte, nuestros resultados muestran cómo, contrariamente a lo que cabría esperar, el apoyo social -ya sea "objetivo" o "percibido"- con el que cuenta el anciano no es una variable relacionada con el nivel de depresión, como lo muestra la ausencia de correlación significativa entre ambas variables. Asimismo, tampoco se ha encontrado una relación entre el apoyo social -"objetivo" o "subjetivo"- y la satisfacción, lo cual es contrario a los resultados empíricos disponible (Wood y Robertson, 1978) y, más concretamente, a aquellos que señalan que la suficiencia de

"apoyo percibido" se asocia a un adecuado bienestar subjetivo (Ward, Sherman y Lagory, 1984), resultados no establecidos en nuestro estudio.

4. En cuanto a posibles relaciones del funcionamiento de la memoria con otras variables, pueden destacarse algunos aspectos. La "memoria subjetiva", esto es, el enjuiciamiento sobre la propia memoria a través del funcionamiento de éste, se asocia significativamente ( $r_{xy}=.30$ ,  $p<.01$ ) con el nivel de depresión medido a través de la Lista de Adjetivos para la Depresión. Por otra parte, las quejas de memoria pueden ser explicadas, en una cierta medida, (análisis de regresión,  $r^2 = .19$ ) por la dimensión "Aceptación de la propia Vejez" (Beta=-.33), de tal modo que una menor aceptación de la propia vejez es un buen predictor de una alta tasa de quejas de memoria. Sin embargo, no se ha comprobado la existencia de asociación alguna entre memoria, medida a través de pruebas objetivas, y depresión. Estos resultados nos sitúan en la polémica sobre la hipotética relación entre niveles de memoria y depresión en la vejez (Niederehe, 1986; Salzman y Gutfreund, 1986). La evidencia empírica sugiere que tal relación se explicaría por la intervención de terceros factores no cognitivos, con especial referencia a la motivación (Thompson, 1986). Nuestros resultados, como se ha señalado, no permiten contrastar tal relación entre la ejecución en pruebas de memoria objetiva y depresión, aunque ponen de relieve la relación entre la percepción del propio funcionamiento de memoria y determinados niveles de depresión.

5. Con respecto a las relaciones entre variables integradas en el "funcionamiento en la vida diaria", las numerosas asociaciones encontradas entre las distintas dimensiones evaluadas ("autocuidado" de un anciano predice de forma directa la "competencia social" mostrada por éste ( $r^2=.60$ , Beta=.46), la "higiene" ( $r^2=.66$ , Beta=.37) y, de forma inversa el "retardo" mostrado por el mismo ( $r^2 = .27$ , Beta=-.52). La "higiene" se puede predecir de forma directa tanto por el "autocuidado" como por la "autonomía" ( $r^2=.66$ , Beta=.35) e inversamente por el retardo (Beta=-.20). La "competencia social", por su parte, además de ser predicha por la capacidad de autocuidado de un sujeto, puede ser explicada por el "interés social" que éste muestre ( $r^2=.60$ , Beta=.40). Por último, la "irritabilidad" de los ancianos se explica, de forma inversa, por el nivel de autonomía del sujeto ( $r^2=.15$ , Beta=-.37)) vienen a poner de

manifiesto la estrecha relación entre distintas dimensiones de la capacidad de funcionamiento del anciano en su vida diaria, lo que evidencia la necesidad de mantener una concepción global del funcionamiento del sujeto en la vida cotidiana. Este enfoque permitirá no sólo entender mejor el comportamiento de los sujetos en su vida diaria, sino también tomar decisiones más acertadas de intervención o prevención (Gilleard, 1984). Así, por ejemplo, la modificación y mejora de determinadas habilidades de autocuidado probablemente tendría consecuencias positivas sobre el nivel de competencia social del anciano y con ello se consiga una mayor participación de aquél en el contexto en el que vive.



## **Conclusiones:**

**Las principales conclusiones que pueden extraerse del trabajo hasta aquí presentado son las siguientes:**

**1. Existen ciertos aspectos singulares en la evaluación psicológica en la vejez, tanto en lo que se refiere a las generalidades del proceso de evaluación -condiciones, sesgos y técnicas de medida- como en las variables comportamentales más relevantes en el grupo de población de más edad -afectiva, cognitiva, salud y funcionamiento en la vida diaria y bienestar-.**

**2. La evaluación psicológica en la vejez, especialmente en nuestro entorno, adolece de una tecnología de evaluación apropiada a este grupo de población. En este trabajo, se han adaptado o, en su caso, elaborado un cierto número de instrumentos de evaluación para su uso con ancianos, en lengua castellana, aportándose datos normativos correspondientes a cada uno de ellos.**

**3. Los instrumentos adaptados y validados para la evaluación de la depresión, Inventario de Depresión de Beck y Lista de Adjetivos para la Depresión, han mostrado adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. Además, los datos normativos permiten constatar la alta tasa de incidencia de sintomatología depresiva entre ancianos que viven en instituciones.**

**4. La Escala de Satisfacción de Filadelfia, instrumento adaptado y validado para la evaluación del bienestar subjetivo y la satisfacción, ha demostrado unas características de fiabilidad muy aceptables, al mismo tiempo que guarda una estructura factorial similar a la encontrada por los autores de la escala. En cuanto a datos normativos, los ancianos de la muestra española informan tener una menor satisfacción que los de la muestra original, aunque ello pudiera ser explicado por las**

características de ambas muestras (personas que viven en la comunidad, en el estudio original y, instituciones, en nuestro estudio).

5. Tanto el instrumento validado para la evaluación de la memoria subjetiva, (Autoinforme de Memoria) como las pruebas objetivas de evaluación de memoria (Subtest de Pares Asociados y Subtests de Memoria Lógica), han mostrado adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad. Por otra parte, la relación postulada en la literatura entre el juicio del sujeto sobre su memoria (quejas de memoria) y la ejecución real ha podido ser contrastada.

6. Las escalas de funcionamiento en la vida diaria, Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria y Escala de Observación para la Evaluación de Residentes, han mostrado unas excelentes propiedades psicométricas tanto en lo que respecta a fiabilidad como a validez, mostrándose significativamente sensibles para diferenciar entre ancianos que viven en "centros asistidos" y ancianos que habitan en "residencias para válidos". Además, la sencillez del procedimiento de administración de ambas escalas mediante la aplicación por parte de personal de trato directo con el anciano, hacen que estos instrumentos sean especialmente recomendables.

7. Evidentemente, para todos los instrumentos mencionados se mantiene el problema de la generalizabilidad de los resultados obtenidos, ya que la muestra de estudio está integrada por ancianos institucionalizados.

8. En cuanto , a las interrelaciones entre distintos aspectos psicológicos relevantes en la vejez, se han podido contrastar los siguientes aspectos:

a) Como es esperable, existe una estrecha relación entre el nivel de satisfacción de un sujeto y el nivel de depresión experimentado, siendo la primera un buena predictora del segundo.

- b) No se ha comprobado relación alguna entre el apoyo social ("objetivo" y "percibido") y funcionamiento afectivo ya, sea medido a través del nivel de depresión o de dimensiones de bienestar.
- c) Respecto a la posible influencia de factores afectivos (depresión, bienestar) sobre el funcionamiento de la memoria, se ha contrastado tan sólo en relación con la memoria subjetiva (quejas), no obteniéndose evidencia en este estudio de la influencia de los factores afectivos sobre la memoria evaluada mediante pruebas objetivas.
- d) El juicio del anciano sobre su propia memoria se puede explicar en parte por otras variables individuales, tales como el nivel de depresión y el grado de aceptación de la propia vejez por el individuo.
- e) La evaluación del comportamiento de los sujetos en su vida diaria debe responder a una concepción global del funcionamiento del anciano más que a una visión específica basada en el nivel de deterioro, ya que existe una estrecha relación entre el deterioro físico y la capacidad de autocuidado otras variables de funcionamiento cotidiano tales como la competencia social o el "retardo" mostrado por los ancianos.
- f) En definitiva, hemos alcanzado el objetivo de contar con instrumentos para la evaluación psicológica de ancianos, los cuales presentan propiedades psicométricas aceptables. También hemos llegado a establecer como algunas variables psicológicas intervienen en la manifestación de determinados constructos psicológicos, que si bien no se ha profundizado en tales relaciones si plantea una serie de vías de investigación que deben ser aclaradas en el futuro.

## **ANEXO 1.**

**Puntuaciones normativas de los instrumentos adaptados**

Tabla 1

Inventario de Depresión de Beck  
(Beck y col., 1961)

P. Directa	P. Transformada	P. Directa	P. Transformada
0	31.0	16	54.3
1	32.4	17	55.7
2	33.9	18	57.2
3	35.4	19	58.6
4	36.8	20	60.1
5	38.3	21	61.5
6	39.7	22	63.0
7	41.2	23	64.4
8	42.6	24	65.9
9	44.1	25	67.3
10	45.5	26	68.8
11	47.0	27	70.2
12	48.5	28	71.7
13	49.9	29	73.1
14	51.4	30	74.6
15	52.8		

Tabla 2

Lista de Adjetivos para la Depresión (DACL)

P. Directa	P. Transformada	P. Directa	P. Transformada
0	33.9		
1	35.4	17	59.6
2	36.9	18	61.1
3	38.4	19	62.6
4	39.9	20	64.1
5	41.4	21	65.7
6	42.9	22	67.2
7	44.5	23	68.7
8	46.0	24	70.2
9	47.5	25	71.7
10	49.0	26	73.2
11	50.5	27	74.8
12	52.0	28	-
13	53.5	29	-
14	55.0	30	-
15	56.5	31	-
16	58.1		

Tabla 3

Escala de Satisfacción Filadelfia  
(Lawton, 1972)

P. Directa	T	P. Directa	T
1	28.7	9	50.3
2	31.4	10	53.0
3	34.1	11	55.6
4	36.8	12	58.3
5	39.5	13	61.0
6	42.2	14	63.7
7	44.9	15	66.4
8	47.6	16	69.1

Actitud hacia la  
propia vejez

P.D.	T
0.0	37.2
.5	40.7
1.0	44.3
1.5	47.8
2.0	51.3
2.5	54.9
3.0	58.4
3.5	61.9
4.0	65.5
4.5	69.0

Satisfacción

P.D.	T
0.0	28.7
.50	33.1
1.00	37.4
1.50	41.7
2.00	46.1
2.50	50.4
3.00	54.7
3.50	59.1
4.00	63.4

Agitación

P.D.	T
0.0	30.4
0.50	34.7
1.00	39.1
1.50	43.4
2.00	47.8
2.50	52.1
3.00	56.5
3.50	60.9

Aprensión

P.D.	T
0.0	29.1
0.50	33.4
1.00	37.6
1.50	41.9
2.00	46.2
2.50	50.5
3.00	54.8
3.50	59.0
4.00	63.3

Tabla 4  
 Autoinforme de Memoria  
 Fernández-Ballesteros y col. (1986)

P. Directa	T	P. Directa	T
0	36.9	17	59.4
1	38.2	18	60.7
2	39.6	19	62.0
3	40.9	20	63.3
4	42.2	21	64.6
5	43.5	22	66.0
6	44.8	23	67.3
7	46.2	24	68.6
8	47.5	25	69.9
9	48.8	26	71.2
10	50.1	27	72.6
11	51.4	28	73.9
12	52.8	29	75.2
13	54.1	30	76.5
14	55.4	31	77.8
15	56.7	32	79.1
16	58.0	33	80.5

Tabla 5  
 Escala de Memoria Lógica  
 (Wechsler, 1945)

P. Directa	T	P. Directa	T
0	34.8	10	59.6
1	37.2	11	62.1
2	39.7	12	64.6
3	42.2	13	67.1
4	44.7	14	69.6
5	47.2	15	72.1
6	49.7	16	74.5
7	52.2	17	77.0
8	54.6	18	79.5
9	57.1	19	82.0

**Tabla 6**  
**Escala de Pares Asociados**  
**(Wechsler, 1945)**

P. Directa	T	P. Directa	T
2.0	26.3	10.5	49.5
2.5	27.8	11.0	50.8
3.0	29.1	11.5	52.2
3.5	30.4	12.0	53.5
4.0	31.8	12.5	54.9
4.5	33.1	13.0	56.3
5.0	34.5	13.5	57.6
5.5	35.9	14.0	59.0
6.0	37.2	14.5	60.3
6.5	38.6	15.0	61.7
7.0	39.9	15.5	63.1
7.5	41.3	16.0	64.4
8.0	42.7	16.5	65.8
8.5	44.0	17.0	67.1
9.0	45.4	17.5	68.5
9.5	46.7	18.0	69.9
10.0	48.1		



Tabla 7.  
Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria

Puntuación global			
Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
1	-	1	-
2	-	2	-
3	-	3	-
4	-	4	-
5	-	5	-
6	-	6	-
7	32.4	7	-
8	34.1	8	-
9	35.8	9	-
10	37.5	10	-
11	39.1	11	-
12	40.7	12	-
13	42.4	13	-
14	44.9	14	-
15	45.7	15	-
16	47.4	16	-
17	49	17	-
18	50.7	18	22.6
19	52.4	19	26.3
20	54.0	20	30.7
21	55.7	21	33.8
22	57.4	22	37.6
23	59.1	23	41.3
24	60.7	24	45.1
25	62.4	25	48.8
26	64.0	26	52.6
27	65.7	27	56.3
28	67.3	28	60.1

## HIGIENE

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
1	-	1	-
2.0	40.0	2	-
3.0	44.0	3	26.3
4.0	48.1	4	31.2
5.0	52.1	5	36.2
6.0	56.1	6	41.2
7.0	60.1	7	46.2
8.0	64.1	8	51.1
9.0	68.1	9	56.1
10.0	72.1	10	61.1

## AUTONOMIA

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
0.5	-	0.5	-
1.0	-	1	-
1.5	31.3	1.5	-
2.0	34.9	2	-
2.5	38.5	2.5	-
3.0	42.1	3	-
3.5	45.7	3.5	10.3
4.0	49.3	4.00	19.3
4.5	52.9	4.5	28.2
5.0	56.5	5.00	37.1
5.5	60.1	5.5	46.0
6.0	63.7	6.00	54.9

# AUTOCUIDADO

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
1	-	1	-
2	-	2	-
3	30.9	3	-
4	34.3	4	-
5	37.6	5	-
6	40.9	6	-
7	44.2	7	-
8	47.5	8	-
9	50.8	9	-
10	54.2	10	7.6
11	57.5	11	30.9
12	60.8	12	54.1

Tabla 8

Escala de Observación para la Evaluación de Residentes  
(Honigfeld y Klett, 1965)

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
5	25.5	5	-
10	26.0	10	-
15	27.6	15	-
20	29.1	20	-
25	30.6	25	15.3
30	33.4	30	17.2
35	34.3	35	19.0
40	35.8	40	20.9
45	36.8	45	22.8
50	38.9	50	24.7
55	40.4	55	26.6
60	42.0	60	28.5
65	43.5	65	30.4
70	44.4	70	32.2
75	45.9	75	34.2
80	47.5	80	36.1
85	49.0	85	38.0
90	50.5	90	39.9
95	52.0	95	41.8
105	53.5	100	43.7
110	55.1	105	45.6
115	56.6	110	47.5
120	58.2	115	49.4
125	59.7	120	51.2
130	61.2	125	53.1
135	62.8	130	55.0
140	64.3	135	56.9
140	65.8	140	58.8
145	-	145	60.7
150	-	150	62.6
155	-	155	-
160	-	160	-
165	-	165	-

# IRRITABILIDAD

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
0	37.3	0	39.6
2	39.1	2	41.9
4	40.8	4	44.2
6	42.6	6	46.5
8	44.3	8	48.8
10	46.1	10	51.1
12	47.8	12	53.4
14	49.6	14	55.6
16	51.4	16	57.9
18	53.1	18	60.2
20	54.9	20	62.5
22	56.6	22	64.8
24	58.4	24	67.1
26	60.1	26	69.3
28	61.9	28	71.7
30	63.6	30	73.9
32	65.4	32	76.2
34	67.1	34	78.5
36	68.9	36	-
38	70.7	38	-
40	72.4	40	-

# RETARDO

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
0	37.3	0	39.6
2	39.1	2	41.9
4	40.8	4	44.2
6	42.6	6	46.5
8	44.3	8	48.8
10	46.1	10	51.1
12	47.8	12	53.4
14	49.6	14	55.6
16	51.4	16	57.9
18	53.1	18	60.2
20	54.9	20	62.5
22	56.6	22	64.8
24	58.4	24	67.1
26	60.1	26	69.3
28	61.9	28	71.7
30	63.6	30	73.9
32	65.4	32	76.2
34	67.1	34	78.5
36	68.9	36	-
38	70.7	38	-
40	72.4	40	-

# CUIDADO PERSONAL

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
0	37.3	0	39.6
2	39.1	2	41.9
4	40.8	4	44.2
6	42.6	6	46.5
8	44.3	8	48.8
10	46.1	10	51.1
12	47.8	12	53.4
14	49.6	14	55.6
16	51.4	16	57.9
18	53.1	18	60.2
20	54.9	20	62.5
22	56.6	22	64.8
24	58.4	24	67.1
26	60.1	26	69.3
28	61.9	28	71.7
30	63.6	30	73.9
32	65.4	32	76.2
34	67.1	34	78.5
36	68.9	36	-
38	70.7	38	-
40	72.4	40	-

# COMPETENCIA SOCIAL

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
0	30.7	0	12.9
2	32.6	2	15.6
4	34.5	4	18.3
6	36.4	6	20.9
8	38.3	8	23.6
10	40.2	10	26.3
12	42.2	12	28.9
14	44.0	14	31.6
16	45.9	16	34.3
18	47.8	18	36.9
20	49.7	20	39.7
22	51.6	22	42.3
24	53.5	24	45.0
26	55.4	26	47.7
28	57.3	28	50.4
30	59.2	30	53.0
32	61.1	32	55.7



# INTERES SOCIAL

Residencia asistidas		Residencias de válidos	
P. Directa	T	P. Directa	T
0	34.6	0	-
2	36.8	2	-
4	39.0	4	-
6	41.2	6	30.7
8	43.3	8	33.4
10	45.5	10	36.1
12	47.7	12	38.8
14	49.8	14	41.5
16	52.0	16	44.2
18	54.2	18	46.9
20	56.3	20	49.5
22	58.5	22	52.2
24	60.7	24	54.9
26	62.9	26	57.6
28	65.0	28	60.3
30	67.2	30	63.0
32	69.4	32	65.7
34	71.5	34	68.4
36	73.7	36	71.1
38	-	38	
40	-	40	

## Bibliografía

- Arenberg, D. (1978): "Introduction to a symposium: Toward comprehensive intervention programs for memory problems among the aged". *Experimental Aging Research*, 4, 233.
- Atchley, R.C. (1975): "The life course age grading and age-linked demands for decision making". En N. Datan y L. H. Ginsberg (Eds.): *Life Span Development: Normative Life Crisis*. Nueva York: Academic Press.
- Atchley R. C. (1979): "Issues in retirement research". *The Gerontologist*, 19, 44-54.
- Atchley, R.C. (1980): *The Social Forces in Later Life: An Introduction to Social Gerontology*. (3ª ed.) Belmont, CA: Wadsworth.
- Atchley, R.C. (1987): "Activity Theory and disengagement". En G.L. Maddox (Ed.): *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Atkinson, R.C. y Shiffrin, R.M. (1968): "Human memory: A proposed system and its control process". En K.W. Spence y J.T. Spence (Eds.): *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory*. Nueva York: Academic Press.
- Aumach, L. (1962): "A social adjustment behavior rating scale". *Journal of Clinical Psychology*, 18, 436-441.
- Bahrack, H.P. Bahrack, P.P. y Wittlinger, R.P. (1975): "Fifty years of memory for names and faces: A cross-sectional approach". *Journal of Experimental Psychology*, 104, 54-75.
- Baltes, M.M. y Barton, E.M. (1979): "Behavioral analysis of aging: A review of the operant model and research". *International Journal of Behavioral Development*, 2, 297-320.
- Baltes, M.M.; Burgess, R.L. y Stewart, R. (1980): "Independence and dependence in self-care behaviors in nursing home residents: A operant-observational study". *International Journal of Behavioral Development*, 3, 489-500.
- Baltes, M.M.; Honn, S.; Barton, E.M.; Orzech, M.J. y Lago, D. (1983): "Dependence and independence in elderly nursing home residents: A replication and extension". *Journal of Gerontology*, 38, 556-564.
- Baltes, M.M.; Reisenzein, R. y Kindermann, T. (1985): *Dependence in the elderly: Towards a functional analysis*. Trabajo no publicado.
- Baltes, P.B. y Schaie, K.W. (1974): "Aging and IQ: The myth of the Twilight Years". *Psychology Today*, 7(10), 35-40.

- Baltes, P.B. y Willis, S.L. (1977): "Towards psychological theories of aging and development". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Barcia Salorio, D. (1988): "Depresión senil". *Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología "Geriatika"*, 4(2), 84-89.
- Barrett, T.R. y Wright, M. (1981): "Age-related facilitation in recall following semantic processing". *Journal of Gerontology*, 36, 194-199.
- Bartlett, F.C. (1932): *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: University Press.
- Beck, A.T. (1972): *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.E. y Erbaugh, J. (1961): "An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bennett, R. y Cook, D. (1980): *Isolation of the Aged in New York City in Planning for the Elderly in New York City*. Nueva York: Community Council of Greater New York.
- Bennett-Levy, J. y Powell, G.E. (1980): "The Subjective Memory Questionnaire (SMQ): I: An investigation into the self-reporting of "real life" memory skills". *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 177-178.
- Benton, A.L. (1969): "Disorders of spatial orientation". En P.J. Vinken y G.W. Bruyn (Eds.): *Handbook of Clinical Neurology*. Nueva York: Wiley.
- Benton, A.L. (1974): *The Revised Benton Visual Retention Test* (4ª ed.). Nueva York: Psychological Corp.
- Berardo, F.M. (1968): "Widowhood status in the U.S.: Perspectives in a neglected aspect of the family life-cycles". *Family Coordinator*, 17, 191-203.
- Berger, R.M. y Rose, S.D. (1977): "Interpersonal skill training with institutionalized elderly patients". *Journal of Gerontology*, 32, 346-353.
- Bernal, G.A.A.; Brannon, L.J.; Belar, C.; Lavigne, J. y Cameron, R. (1977): "Psychodiagnostics of the elderly". En W.D. Gentry (Ed.): *Gerontology: A Model of Training and Clinical Service*. Cambridge: Ballinger Publishing Co.
- Biggers, T.A. (1982): "The relationship between the grief reaction of older widows and their level of ego development". *Dissertation Abstracts International*, 43, 111-112.

- Birren, J.E.; Butler, R.N.; Greenhouse, S.W.; Sokoloff, L. y Yarrow, M.R. (1963): **Human Aging: A Biological and Behavioral Study**. Washington, DC: Government Printing Office.
- Birren, J.E. y Morrison, D.F. (1961): "Analysis of the WAIS subtests in relation to age and education". **Journal of Gerontology**, 16, 363-369.
- Birren, J.E. y Schaie, K.W. (1977): **Handbook of the Psychology of Aging**. Primera Edición. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Birren, J.E. y Schaie, K.W. (1985): **Handbook of the Psychology of Aging**. Segunda Edición. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Birren, J.E.; Woods, A. y Williams, M.V. (1980): "Behavioral slowing with age". En L.W. Poon (Ed.): **Aging in the 1980s**. 293-308 Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Blau, Z.S. (1961): "Structural constraints on friendship in old age". **American Sociological Review**, 26, 429-439.
- Blazer, D. (1980): "Diagnosis of depression in the elderly". **Journal of the American Geriatrics Society**, 28, 52-58.
- Blazer, D.G. (1982): **Depression in late life**. St. Louis: C.V. Mosby.
- Blazer, D. y Williams, C.D. (1980): "Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population". **American Journal of Psychiatry**, 137, 439-444.
- Blumenthal, M.D. (1975): "Measuring depressive symptomatology in a general population". **Archives of General Psychiatry**, 32, 971-978.
- Bootzin, R.B.; Engle-Friedman, M. y Hazlewood, L. (1983): "Assessment and treatment of insomnia in the elderly". En P.M. Lewinsohn y L. Teri (Eds.): **Coping and Adaptation in the Elderly**. Nueva York: Pergamon Press.
- Botwinick, J. (1973): **Aging and Behavior**. Nueva York: Springer.
- Botwinick, J. (1977): "Intellectual abilities". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): **Handbook of the Psychology of Aging**. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Botwinick, J. y Storandt, M. (1974): **Memory, Related Functions and Age**. Springfield, Ill.: Charles C Thomas.
- Bowles, N.L. y Poon, L.W. (1982): "An analysis of the effect of aging on memory". **Journal of Gerontology**, 37, 212-219.

- Boyer, E. (1980): "Health perception in the elderly: its cultural and social aspects". En C.L. Fry (Ed.): *Aging in Culture and Society: Comparative Viewpoints and Strategies* 198-215. Nueva York: Praeger Press.
- Branconnier, R.J. Cole, J.O. Spera, K.F. y DeVitt, D.R. (1982): "Recall and recognition as diagnostic indices of malignant memory loss in senile dementia: A Bayesian analysis". *Experimental Aging Research*, 8(3-4), 189-193.
- Brink, T.L.; Curra, P.; Dorr, M.L.; Janson, E. McNulty, U. y Messina, M. (1985): "Geriatric Depression Scale reliability: Order, examiner and reminiscence effects". *Clinical Gerontologist*, 3(4), 57-59.
- Brink, T.L.; Yesavage, J.A.; Lum, O.; Heersema, P.; Adey, M. y Rose, T.L. (1982): "Screening tests for geriatric depression". *Clinical Gerontologist*, 1, 37-44.
- Brockway, J.P. Chmielewski, D. y Cofer, C.N. (1974): "Remembering prose: Productivity and accuracy constraints in recognition memory". *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 13, 184-208.
- Bromley, D.B. (1958): "Some effects of age on short term learning and remembering". *Journal of Gerontology*, 13, 398-406.
- Brown, J. (1958): "Some tests of the decay theory of immediate memory". *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 10, 12-21.
- Burdock, E.I.; Hakerem, G.; Hardesty, A.S. y Zubin, J. (1960): "A ward behavior rating scale for mental hospital patients". *Journal of Clinical Psychology*, 16, 246-247.
- Burke, D.M. y Light, L.L. (1981): "Memory and aging: The role of retrieval processes". *Psychological Bulletin*, 90, 513-546.
- Butler, R.N. (1969): "Ageism: Another form of bigotry". *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R.N. (1980): "Ageism a foreword". *Journal of Social Issues*, 36, 8-11.
- Butler, R.N. (1987): "Ageism". En L.G. Maddox (Ed.): *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer.
- Butler, R.N. y Lewis, M.I. (1982): *Aging and mental health*. 3ª ed. St. Louis, MO: Mosby.
- Caine, E.D. (1981): "Pseudodementia". *Archives of General Psychiatry*, 38, 1359-1364.
- Campbell, A.; Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976), *The Quality of American Life*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Canestrari, R.E. (1966): "The effects of commonality on paired-associate learning in two age groups". *Journal of Genetic Psychology*, 108, 3-7.

- Carp, F.M. (1975): "Ego defense or cognitive consistency effects of environmental evaluation". *Journal of Gerontology*, 30, 707-716.
- Carp, F.M. y Carp, A. (1983): "Structural stability of well-being factors across age and gender, and development of scales of well-being unbiased for age and gender". *Journal of Gerontology*, 38, 572-581.
- Carp, F.M. y Christensen, D.L. (1986): "Older woman living alone: Technical environmental assessment of psychological well-being". *Research on Aging*, 8, 407-425.
- Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A. (1987): *Handbook of Clinical Gerontology*. Pergamon Press.
- Cavan, R.S.; Burgess, E.W.; Havighurst, R.J. y Goldhamer, H. ( 1949): *Personal Adjustment in Old Age*. Chicago: Science Research Associates.
- Cavanaugh, J.C. (1983): "Comprehension and retention of television programs by 20- and 60-year olds". *Journal of Gerontology*, 38, 190-196.
- Cavanaugh, J.C.; Grady, J.G. y Perlmutter, M.P. (1983): " Forgetting and use of memory aids in 20- and 70-year olds everyday life". *International Journal of Aging and Human Development*, 17, 113-122.
- Cavanaugh, J.C. y Perlmutter, M.P. (1982): "Metamemory; A critical examination". *Child Development*, 53, 11-28.
- Cerella, J. y Poon, L.W. (1981): "Age and parafoveal sensitivity". *The Gerontologist*, 76.
- Cerella, J.; Poon, L.W. y Fozard, J.L. (1982): "Age and iconic read-out". *Journal of Gerontology*, 37, 197-202.
- Cerella, J.; Poon, L.W. y Williams, D. (1980): "Age and the complexity hypothesis". En L.W. Poon (Ed.): *Aging in the 1980s: Psychological Issues*. 332-340 Washington: American Psychological Association.
- Chaffin, R. y Herrmann, D.J. (1983): "Self reports of memory performance by old and young adults". *Human Learning*, 2, 17-28.
- Chiriboga, D.A. (1987): "Social Support". En L.G. Maddox (Ed.): *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer.
- Chow, S.M. (1961): "Age and the rigidities". *Journal of Gerontology*, 16, 353-362.
- Clark, E.; Ferris, S.H.; Crook, T. y McCarthy, M. (1982): " Paired-associate span and learning in aging and dementia". Trabajo no publicado.

- Clausen, J.A. (1968): "Conceptual and methodologic issues in the assessment of mental health in the Aged". *Psychiat. Res. Rep.* 23, 151-160.
- Cockerham, W.C.; Sharp, K. y Wilcox, J.A. (1983): "Aging and perceived health status". *Journal of Gerontology*, 38, 349-355.
- Cofer, C.N. (1977): "On the constructive theory of memory". En F. Weizman y I.C. Uzgiris (Eds.): *The Structuring of Experience*. Nueva York: Plenum.
- Cohen, C. y Sokolovsky, J. (1979): "Clinical use of network analysis for psychiatric and aged populations". *Community Mental Health Journal*, 15, 203-213.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985): *Social Support and Health*. Nueva York: Academic Press.
- Comfort, A. (1978): "Non-threatening mental testing of the elderly". *Journal of the American Geriatrics Society*, 26, 261-262.
- Conde, L.V.; Esteban, C.T. y Useros, S.E. (1976): "Revisión crítica de la adaptación española del Cuestionario de Beck". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Copeland, J.R.M.; Kelleher, M.J. y Kellet, J.M. (1975): "Cross-national study of comparison of the diagnosis of elderly psychiatric patients admitted to mental hospital serving Queens County in New York and the old Borough of Camberwell, London". *British Journal of Psychiatry*, 126, 11-20.
- Cordoni, C.N. (1981): "Subjective perceptions of everyday memory failures". *Dissertation Abstracts International*, 42, 2047B.
- Costa, P.T.Jr. y McCrae, R.R. (1980): "Functional age: A conceptual and empirical critique". En S.G. Haynes y M. Feinleib (Eds.): *Epidemiology of Aging*. 23-46 Washington, D.C.: Government Printing Office, NIH Pub. No. 80-969.
- Craik, F.I.M. (1968): "Two components in free recall". *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 7, 996-1004.
- Craik, F.M.I. (1969): "Modality effects in short-term storage". *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 8, 658-664.
- Craik, F.I.M. (1971): "Age differences in recognition memory". *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 23, 316-323.
- Craik, F.I.M. (1977): "Age differences in human memory". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Craik, F.I.M. y Lockhart, R.S. (1972): "Levels of processing: A framework for memory research". *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 671-684.



- Craik, F.I.M. y Simon, E. (1980): "Age differences in memory: The roles of attention and depth of processing". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): **New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Craik, F.I.M. y Trehub, S. (1982): **Aging and Cognitive processes**. Nueva York: Plenum.
- Craik, F.M.I. y Tulving, E. (1975): "Depth of processing and the retention of words in episodic memory". **Journal of Experimental Psychology General**, 104, 268-294.
- Crook, T.H. (1979): "Psychometric assessment in the elderly". En A. Raskin y L.F. Jarvik (Eds.): **Psychiatric Symptoms and Cognitive Loss in the Elderly**. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Crook, T.H. (1986): "Overview of Memory Assessment Instruments". En L.W. Poon (Ed.): **Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults**. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Crook, T.; Ferris, S.H. y McCarthy, M. (1979): "The misplaced-objects task: A brief test for memory dysfunction in the aged". **Journal of the American Geriatrics Society**, 27, 284-287.
- Crook, T.; Ferris, S.H.; McCarthy, M. y Rae, D. (1980): "The utility of digit recall tasks for assessing memory in the aged". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 48, 228-233.
- Crook, T.; Ferris, S.H.; Sathananthan, G. y Gershon, S. (1977): "Methylphenidate and cognitive performance in geriatric patients". **Psychopharmacology**, 52, 251-255.
- Crook, T.; Gilbert, J.G. y Ferris, S.H. (1980): "Operationalizing memory impairment in elderly persons: The Guild Memory Test". **Psychological Reports**, 47, 1315-1318.
- Crowder, R.G. (1980): "Echoic memory and the study of aging memory systems". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): **New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Crowder, R.G. y Morton, J. (1969): "Precategorical acoustic storage (PAS)". **Perceptual and Psychophysiology**, 5, 365-373.
- Cumming, E. y Henry, W.E. (1961): **Growing Old: The Process of Disengagement**. Nueva York: Basic Books.
- Cunningham, W.R. (1986): "Psychometric perspectives: Validity and reliability". En L.W. Poon (Ed.): **Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults**. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Currie, G.; McNeill, R.M.; Walker, J.G.; Barnie, E. y Mudie, E.W. (1974): "Medical and social screening of patients aged 70 to 72 by an urban general practice health team". *British Medical Journal*, 2, 108-111.
- Curry, T. y Ratcliff, B. (1973): "The effects of nursing home size on resident isolation and life satisfaction". *The Gerontologist*, 13, 295-298.
- Davies, A. (1968): "The influence of age on Trail Making Test performance". *Journal of Clinical Psychology*, 24, 96-98.
- Dessonville, C.; Gallagher, D.; Thompson, L.W.; Finnel, K. y Lewinsohn, P.M. (1982): "Relation of age and health status to depressive symptoms in normal and depressed older adults". *Essence*, 5, 99-118.
- Díaz Veiga, P. (1985): "Redes Sociales y Comportamiento efectivo en Ancianos". *Memoria de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid*.
- Díaz Veiga, P. (1987): "Evaluación del apoyo social". En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *El Ambiente: Análisis Psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Dickie, J.R.; Ludwig, T.E. y Blauw, D. (1979): "Life satisfaction among institutionalized and non-institutionalized older adults". *Psychological Reports*, 44, 807-810.
- Die, A.H.; Seelbach, W.C. y Sherman, G.D. (1987): "Achievement motivation, Achieving styles, and morale in the elderly". *Psychology and Aging*, 2(4), 407-408.
- Dixon, R.A. y Hulstsch, D.F. (1983a): "Metamemory and memory for text relationships in adulthood: A cross-validation study". *Journal of Gerontology*, 38, 689-694.
- Dixon, R.A. y Hulstsch, D.F. (1983b): "Structure and developmental of metamemory in adulthood". *Journal of Gerontology*, 38, 682-688.
- Dobson, C.; Powers, E.A.; Keith, P.M. y Goudy, W.J. (1979): "Anomia, self-esteem, and life satisfaction: Interrelationships among three scales of well-being". *Journal of Gerontology*, 34, 569-572.
- Donaldson, S.W.; Wargner, C.C. y Gresham, G.E. (1973): "A unified ADL evaluation form". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 54, 175-185.
- Dooling, J.D. y Christiaansen, R.E. (1977): "Levels of encoding and retention of prose". En G.H. Bower (Ed.): *The Psychology of Learning and Memory*. Nueva York: Academic Press.
- Dovenmuehle, R. y McGough, W. (1970): "Aging, Culture and Affect: Predisposing Factors". En E. Palmore (Ed.): *Normal Aging*. Durham, N.C.: Duke University Press.

- Dowd, J. (1975): "Aging as exchange: A preface to theory". *Journal of Gerontology*, 30, 584-594.
- Drachman, D.A. y Leavitt, J. (1972): "Memory impairment in the aged: Storage versus retrieval deficit". *Journal of Experimental Psychology*, 93, 302-308.
- Duke University Center for the Study of Aging and Human Development (1978): *Multidimensional Functional Assessment: The OARS Methodology*. Durham, N.C.: Duke University.
- Dunn, V.K. y Sacco, W.P. (1988): "Effect of instructional set on responses to the Geriatric Depression Scale". *Psychology and Aging*, 3(3), 315-316.
- Dyar, R. (1953): "Problems in the measurement of the progression of chronic disease". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 31, 239-241.
- Eisdorfer, C. (1960): "Developmental level and sensory impairment in the aged". *Journal of Projective Technique*, 24, 129-132.
- Eisdorfer, C. (1977): "Stress, disease, and cognitive change in the aged". En C. Eisdorfer y R. Freidel (Eds.): *Cognitive and Emotional Disturbance in the Elderly: Clinical Issues*. Chicago: Yearbook Medical Publishers.
- Elwell, F. y Malthie-Crannell, A.D. (1981): "The impact of role loss upon coping resources and life satisfaction of the elderly". *Journal of Gerontology*, 36, 223-232.
- Endicott, J. y Spitzer, R.L. (1978): "A diagnostic interview for affective disorders and schizophrenia". *Archives of General Psychiatry*, 25, 837-844.
- Erber, J.T. (1981): "Remote memory and age: A review". *Experimental Aging Research*, 1, 189-199.
- Erber, J.T. (1982): "Memory and age". En T. Field, W. Overton, H. Quay, L. Troll y G. Finley (Eds.): *Review of Human Development*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Erber, J.T. (1984): "Age differences in recognition memory". *Journal of Gerontology*, 29, 177-181.
- Erber, J.T.; Feely, C. y Botwinick, J. (1980): "Reward conditions and socioeconomic status in the learning of older adults". *Journal of Gerontology*, 35, 565-570.
- Erickson, R.C. (1978): "Problems in the clinical assessment of memory". *Experimental Aging Research*, 4, 255-272.
- Erickson, R.C. y Howieson, D. (1986): "The clinicians perspective: Measuring change and treatment effectiveness". En L.W. Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Erickson, R.C.; Poon, L.W. y Walsh-Sweeney, L. (1980): "Clinical memory testing of the elderly". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): **New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Associaton.
- Erickson, R.C. y Scott, M.L. (1977): "Clinical memory testing: A review". **Psychological Bulletin**, 84, 1130-1149.
- Eriksen, C.W.; Hamlin, R.M. y Daye, c. (1973): "Aging adults and rate of memory scan". **Bulletin of the Psychonomic Society**, 1, 259-260.
- Estes, W.K. (1978): "The information-processing approach to cognition; A confluence of metaphors and methods". En W.K. Estes (Ed.): **Handbook of learning and cognitive processes: Human information processing**. 5, 1-18 Nueva York: Wiley.
- Evans, G.W.; Brennan, P.L.; Skorpanich, M.A. y Held, D. (1984): "Cognitive mapping and elderly adults: Verbal and location memory for urban landmarks". **Journal of Gerontology**, 39, 452-457.
- Eysenck, M.W. (1974): "Age differences in incidental learning". **Developmental Psychology**, 10, 936-941.
- Fernández-Ballesteros, R. (1976/77): "Adaptación experimental de las Escalas Wechsler". Cátedra de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1980): **Psicodiagnóstico: Concepto y Metodología**. Madrid: Cincel.
- Fernández-Ballesteros, R. (1981): "Comparaciones entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual". En R. Fernández-Ballesteros y J.A. Carrobes (Eds.): **Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones**. 1ª Edición. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) (1983): **Psicodiagnóstico**. Madrid: UNED.
- Fernández-Ballesteros, R. (1985): "Hacia una vejez competente. Un desafío a la ciencia y a la sociedad". En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (Eds.): **Psicología Evolutiva**. Madrid: Alianza.
- Fernández-Ballesteros, R. (1989): "Evaluación y tratamiento psicológicos en ancianos". Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología. Valencia.
- Fernández-Ballesteros, R.; Díaz, P.; Izal, M. y Hernández, J.M. (1988): "Conflict situations in the elderly". **Psychological Reports**, 63, 171-176.

- Fernández-Ballesteros, R.; Díaz, P.; Souto, E, Hernández, J.M, Izal, M y Gallego, A. (1986): "Tratamientos conductuales sobre memoria en ancianos". Trabajo presentado al V Congreso Organizado por la Asociación Venezolana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento. Caracas.
- Fernández-Ballesteros, R. y González, J.L. (1983): "Evaluación del envejecimiento". En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Psicodiagnóstico*. 211-212 Madrid: UNED.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Hernández, J.M.; Llorente, G.; Montorio, I. y Guerrero, MA. (1988): *Memoria anual de Convenio de Colaboración Instituto Nacional de Servicios Sociales - Universidad Autónoma de Madrid*. Documento no publicado.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Hernández, J.M.; Llorente, G.; Montorio, I. y Guerrero, M.A. (1989): *Memoria anual de Convenio de Colaboración Instituto Nacional de Servicios Sociales - Universidad Autónoma de Madrid*. Documento no publicado.
- Fernández-Ballesteros, R.; Montorio, I.; Guerrero, M.A.; Izal, M.; Hernández, J.M. y Llorente, G. (1990): "Programa de entrenamiento en habilidades de memoria". II Congreso de Psicología. Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- Fernández-Ballesteros, R.; Souto, E, Díaz, P.; Hernández, J.M, Izal, M y Gallego, A. (1987): "Evaluación de entrenamiento en estrategias mnésicas para ancianos". Trabajo presentado en el XXI Congreso Interamericano de Psicología. La Habana.
- Fernández-Ballesteros, R.; Souto, E.; González, J.J.; Izal, M. y Díaz, P. (1984): "Indicadores de salud en ancianos institucionalizados". *Revista Española de Gerontología y Geriatria*, 21.
- Ferraro, K.F. (1980): "Self-ratings of health among the old and the old-old". *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 377-383.
- Ferris, S.H.; Crook, T.; Clark, E.; McCarthy, M. y Rae, D. (1980): "Facial recognition memory deficits in normal and senile dementia". *Journal of Gerontology*, 35, 707-714.
- Ferris, S.H.; Crook, T.; Flicker, C.; Reisberg, B. y Bartus, R.T. (1986): "Assessing cognitive impairment and evaluating treatment effects: Psychometric performance tests". En L.W. Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adult* : American Psychological Association.
- Ferris, S.H.; Crook, T.; Sathananthan, G. y Gershon, S. (1976): "Reaction time as a diagnostic measure of cognitive impairment in senility". *Journal of the American Geriatrics Society*, 24, 529-533.

- Ferris, S.H.; Reisberg, B.; Crook, T.; Friedman, E.; Schneck, M.K.; Mir, P.; Sherman, K.A.; Corwin, J.; Gershon, S. y Bartus, R.T. (1982): "Pharmacologic treatment of senile dementia: Choline, L-DOPA, piracetam, and choline/plus piracetam". En S. Corkin, K.L.Davis, J.H. Growdon, E. Usdin y R. Wurtman (Eds.): **Alzheimers disease: A report of progress in research**. 475-481 Nueva York: Raven Press.
- Ferris, S.H.; Sathananthan, G.; Reisberg, B. y Gershon, S. ( 1979): "Long-term choline treatment of memory-impaired elderly patients". **Science**, 205, 1039-1040.
- Fillenbaum, G.G. (1979): "Social context and self-assessment of health among the elderly". **Journal of Health and Social Behavior**, 20, 45-51.
- Fillenbaum, G.G. (1984): **The wellbeing of the elderly: Approaches to multidimensional assessment**. Ginebra: WHO: World Health Organization offset publication No.84.
- Fillenbaum, G.G. (1985): "Screening the elderly: A brief instrumental activities of daily living measure". **Journal of the American Geriatrics Society**, 698-705.
- Fillenbaum, G.G. (1987): "Multidimensional functional assessment". En G.L. Maddox (Ed.): **The Encyclopedia of Aging**. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Finch, C.E. (1977): "Neuroendocrine and autonomic aspects of aging". En C.E. Finch y L. Hayflick (Eds.): **Handbook of Biology and Aging**. Nueva York: Van Nostrand Rinehold.
- Fletcher, C.R. (1972): "How not to interview an elderly clinic patient: A case illustration and the interviewer's explanation". **Gerontologist**, 12, 398-402.
- Flicker, C.; Bartus, R.T.; Crook, T. y Ferris, S.H. (1984): " Effects of aging and dementia upon recent visuospatial memory". **Neurobiology of Aging**, 5, 275-283.
- Ford, A.B. Katz, S. y Adams, M. (1965): "Research desing and strategy in a controlled study of nursing care". **American Journal of Public Health**, 55, 1295.
- Fozard, J.L. (1980): "The time for remembering". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): **New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Fozard, J.L y Thomas, J.C. (1975): "Psychology of aging: Basic findings and their psychiatric applications". En J.G. Howells (Ed.): **Modern Perspectives in the Psychiatry of Old Age**. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Fozard, J.L. y Waugh, N.C. (1969): "Proactive inhibition of prompted items". **Psychonomic Science**, 17, 67-68.

- Fozard, J.L.; Waugh, N.C. y Thomas, J.C. (1975): "Effects of Age on long-term retention of pictures". *Proceedings of the Tenth International Congress of Gerontology (Jerusalem)*, 2, 137.
- Fozard, J.L.; Wolf, E.; Bell, B.; McFarland, R.A. y Podolsky, S. (1977): "Visual perception and communication". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. 497-534 Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Friedman, H. (1974): "Interrelation of two types of immediate memory in the aged". *Journal of Psychology*, 87, 177-181: .
- Fuld, P.A.; Katzman, R.; Davies, P. y Terry, R.D. (1982): " Intrusions as a sing of Alzheimers dementia: Chemical and pathological verification". *Annals of Neurology*, 11, 155-159.
- Furry, C.A. y Baltes, P.B. (1973): "The effect of age differences in ability-extraneous performance variables on the assessment of intelligence in children, adults, and the elderly". *Journal of Gerontology*, 28, 73-80.
- Gallagher, D. (1986a): "Assessment of depression by interview methods and psychiatric rating scales". En L.W.Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gallagher, D. (1986b): "The Beck Depression Inventory and older adults: A review of its development and utility". *Clinical Gerontologist*, 5, 149-163.
- Gallagher, D.; Breckenridge, J.N.; Steinmetz, J. y Thompson, L.W. (1983): "The Beck Depression Inventory and Research Diagnostic Criteria: Congruence in an older population". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 945-946.
- Gallagher, D.; Dessonville, C.; Breckenridge, J.N.; Thompson, L.W. y Amaral, P. (1982): "Similarities and differences between normal grief and depression in older adults". *Essence*, 5, 127-140.
- Gallagher, D.; McGarvey, W.; Zelinski, E.M. y Thompson, L.W. ( 1978): "Age and factor structure of the Zung Depression Scale". Paper presented at the 31st annual meeting of the Gerontological Society. Dallas, Texas.
- Gallagher, D.; Nies, G. y Thompson, L. (1982): "Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 152-153.
- Gallagher, D. y Thompson, L.W. (1981): *Depression in the Elderly: A Behavioral Treatment Manual*. Los Angeles: University of Southern California Press.
- Gallagher, D. y Thompson, L.W. (1982): "Cognitive therapy for depression in the elderly: A promising model for treatment and research". En L. Breslau y M. Haug (Eds.): *Depression in the Elderly*. Nueva York: Springer Publishing Company.

- Gallagher, D. y Thompson, L.W. (1983): "Depression". En P.M. Lewinsohn y L. Teri (Eds.): **Clinical Geropsychology: New Directions in Assessment and Treatment**. Nueva York: Pergamon Press.
- Gallagher, D.; Thompson, L.W. y Levy, S.M. (1980): "Clinical psychological assessment of older adults". En L.W. Poon (Eds.): **Aging en the 1980s**. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Gallagher, D.; Thompson, L.W. y Peterson, (1981): "Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly". **International Journal of Aging and Human Development**, 14, 79-95.
- Gallo, J.; Reichel, W. y Andersen, L. (1988): **Handbook of Geriatric Assessment**. Rockville, Maryland: Aspen.
- García Marcos, J.A. (1983): "La entrevista". En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): **Psicodiagnóstico**. UNED.
- García, D.; Reding, M.J. y Blass, J.P. (1981): "Overdiagnosis of dementia". **Journal of The American Geriatrics Society**, 29, 407-410.
- Gaylord, S.A. y Marsh, G.R. (1975): "Age differences in the speed of a spatial cognitive process". **Journal of Gerontology**, 30 674-678.
- Gaylord, S.A. y Zung, W.W.K. (1987): "Affective disorders among the aging". En L.L. Carstensen, y B.A. Edelstein (Eds.): **Handbook of Clinical Gerontology**. Pergamon Press.
- George, L.K. (1979): "The happiness syndrome: Methodological and substantive issues in the study of social-psychological well-being in adulthood". **The Gerontologist**, 19, 210-216.
- George, L.K. (1980): **Role Transitions in Later Life: A Social stress perspective**. Monterey, CA: Brooks/ Cole.
- George, L.K. (1981): "Subjective well-being: Conceptual and methodological issues". En C. Eisdorfer (Ed.): **Annual review of gerontology and geriatrics**. 2 Nueva York: Springer.
- George, L.K. y Bearon, L.B. (1980): **Quality of life in older persons: Meaning and measurement**. Nueva York: Human Sciences Press.
- George, L.K.; Okun, M.A. y Landerman, R. (1985): "Age as a moderator of the determinantsof life satisfaction". **Research on Aging**, 7, 209-233.



- Georgemiller, R. y Hassan, F. (1986): "Spatial competence: Assessment of route-finding, route-learning, and topographical memory in normal aging". *Clinical Gerontologist*, 5, 19-37.
- Gergen, J. y Back, W. (1966): "Communication in the interview and the disengaged respondent". *Public Opinion Quarterly*, 30, 385-398.
- Gilbert, J.G. y Levee, R.F. (1971): "Patterns of declining memory". *Journal of Gerontology*, 26, 70-75.
- Gilbert, J.G. Levee, R.F. y Catalano, F.L. (1968): "A preliminary report on a new memory scale". *Perceptual and Motor Skills*, 27, 277-278.
- Gilewski, M.J. (1983): "Self-reported memory functioning in young-old and old-old age: Structural models of predictive factors (Doctoral dissertation, University of Southern California)". *Dissertation Abstracts International*, 43, 4170B.
- Gilewski, M.J. y Zelinski, E.M. (1986): "Questionnaire assessment of memory complaints". En L.W. Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. : American Psychological Association.
- Gilewski, M.J. Zelinski, E.M. Schaie, K.W. y Thompson, L.W. ( 1983): "Abbreviating the Metamemory Questionnaire: Factor Structure and Norms for Adults". Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Anaheim, CA.
- Gilleard, C. (1984): "Assessment of behavioural impairment in the elderly: A review". En I. Hanley y J. Hodge (Eds.): *Psychological Approaches to the Care of the Elderly*. Nueva York: Methuen.
- Gilleard, C.J.; Willmott, M. y Vaddadi, K.S. (1981): " Self-report measures of mood and morale in elderly depressives". *British Journal of Psychiatry*, 138, 117-126.
- Golant, S.M. (1984): *A place to grow old*. Nueva York: Columbia University Press.
- Goldberg, Z.; Syndulko, K.; Lemon, J.; Montan, B.; Ulmer, R. y Tourtellotte, W.W. (1981): "Everyday memory problems in older adults". Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Los Angeles.
- González Felipe, M.A. (1988): "Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: Estudio piloto para la baremación y adaptación de la GDS y el BDI a la población geriátrica española". *Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 4, 235-240.
- González Felipe, M.A. y Szurek Soler, S. (1990): "La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión en el anciano: Bases de la misma y modificaciones introducidas para la adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española". *Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia .

Valencia .

- Gordon, S.K. y Clark, W.C. (1974): "Application of signal detection theory to prose recall and recognition in elderly and young adults". *Journal of Gerontology*, 29, 64-72.
- Gottlieb, B.H. (1981): "Social networks and social support". *Studies in Community Mental Health*, 4, 304-310.
- Grant, E.A.; Storandt, M. y Botwinick, J. (1978): "Incentive and practice in the psychomotor performance of the elderly". *Journal of Gerontology*, 33, 413-415.
- Greenspoon, J. (1954): "The effect of two non verbal stimuli on the frequency of members of two verbal response classes". *American Psychologist*, 9, 384.
- Grenshaw, D.A. (1969): "Retrieval processes in memory and aging". Tesis Doctoral. Universidad de Washington.
- Griffith, D. (1975): "Comparison of control processes for recognition and recall". *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 1, 223-228.
- Grossberg, M. (1980): "Individual age-related differences in sensory memory". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Gubrium, J.F. (1975): *Living and Dying at Murray Manor*. Nueva York: Martins Press.
- Guerrero, M. (1983): *Evaluación en la ancianidad: Una adaptación de instrumentos*. Universidad Autónoma de Madrid: Memoria de Licenciatura. Trabajo no publicado.
- Guilford, J.P. (1967): *The Nature of Human Intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Guilford, J.P. y Hoepfner, R. (1971): *The Analysis of Intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Guillaumin, J. (1970): *La dinámica del examen psicológico*. Madrid: Magisterio.
- Guillén LLera, F. y Salgado Alba, A. Jiménez Herrero, F. y Santiago Merino, F. (1986): *El Médico y la Tercera Edad: Libro Blanco*. Madrid: Laboratorios Beecham.
- Gurel, L.; Linn, M.W. y Linn, B.S. (1972): "Physical and mental impairment of function evaluation in the aged: The PAMIE scale". *Journal of Gerontology*, 27, 83-90.
- Gurin, G.; Veroff, J. y Feld, S. (1960): *Americans view their mental health: A nationwide interview study*. Nueva York: Basic Books.

- Gurland, B.J. (1973): "A flexible approach to psychiatric classification". En M. Hammer, K. Salzinger y S. Sutton (Eds.): **Psychopathology: Contributions from the Social, Behavioral, and Biological Sciences**. 409-426 Nueva York: Wiley.
- Gurland, B.J. (1976): "The comparative frequency and types of depression in various adult age groups". **Journal of Gerontology**, 31, 283-292.
- Gurland, B.; Dean, L.; Cross, P.S. y Golden, R. (1980): "The epidemiology of depression and dementia in the elderly: The use of multiple indicators of these conditions". En J.O. Cole y J.E. Barrett (Eds.): **Psychopathology in the Aged**. 37-62 Nueva York: Raven Press.
- Gurland, B.J.; Golden, R.; Teresi, J. y Challop, J. (1984): "The SHORT-CARE: An efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability". **Journal of Gerontology**, 39, 166-169.
- Gurland, B.; Kurlansky, J.; Sharpe, L.; Simon, R.; Stiller, P. y Birkett, P. (1977): "The comprehensive assessment and referral evaluation (CARE)-rationale, development and reliability: Part II. A factor analysis". **International Journal of Aging and Human Development**, 8, 9-42.
- Gurland, B.J.; Wilder, D.E.; Golden, R.; Teresi, J.A.; Gurland, R. y Copeland, J.R.M. (1988): "The relationship between depression and disability in the elderly - data from the comprehensive assessment and referral evaluation (CARE)". En J.P. Wattis y I. Hindmarch (Eds.): **Psychological Assessment of the Elderly**. Nueva York: Churchill Livingstone.
- Harkins, S.W. (1987): "Pain". En G.L. Maddox (Ed.): **The Encyclopedia of Aging**. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Harkins, S.W.; Chapman, C.R. y Eisdorfer, C. (1979): "Memory loss and response bias in senescence". **Journal of Gerontology**, 34, 66-72.
- Hartley, J.T.; Harker, J.O. y Walsh, D.A. (1980): "Contemporary issues and new directions in adult development of learning and memory". En L.W. Poon (Ed.): **Aging in the 1980s: Psychological Issues**. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Harwood, E. y Naylor, G.F.K. (1969): "Recall and recognition in elderly and young subjects". **Australian Journal of Psychology**, 21, 251-257.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1943): **The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual**. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Havighurst, R. (1963): "Successful aging". En R.H. Williams, C. Tibbitts y W. Donahue (Eds.): **Processes of Aging**, 1, 299-320 Nueva York: Atherton.

- Heiby, E.M. Pilot study data and revised structured interview schedule. Departamento de Psicología. Universidad de Hawaii. Datos no publicados.
- Herman, J.F. y Bruce, P.R. (1981): "Spatial knowledge of ambulatory and wheelchair-confined nursing home residents". *Experimental Aging Research*, 7, 491-496.
- Herman, J.F. y Coyne, A. (1980): "Mental manipulation of spatial information in young and elderly adults". *Developmental Psychology*, 16, 537-538.
- Herrmann, D.J. (1979): "The Validity Of Memory Questionnaires as Related to a Theory of Memory Introspection". Paper presented at the meeting of the British Psychological Society. Londres.
- Herrmann, D.J. y Neisser, U. (1978): "An inventory of everyday memory experiences". En M.M. Gruneberg, P.E.; Morris y R.N. Sykes (Eds.): *Practical Aspects of Memory*. Londres: Academic Press.
- Hersch, E.L.; Kral, V.A. y Palmer, R.B. (1978): "Clinical value of the London psychogeriatric rating scale". *Journal of the American Geriatric Society*, 26, 348-354.
- Herzog, A.R. y Rodgers, W.L. (1981): "Age and satisfaction: Data from several large surveys". *Research on Aging*, 3, 142-165.
- Hines, T. y Fozard, J.L. (1980): "Memory and aging: Relevance of recent developments for research and application". *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Nueva York: Springer.
- Hirschfeld, R.M.A. y Cross, C.K. (1982): "Epidemiology of affective disorders". *Archives of General Psychiatry*, 39, 35-46.
- Hochschild, A. (1973): *The Unexpected Community*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hollingshead, A. y Redlich, F. (1958): *Social Class and Mental Illness*. Nueva York: Wiley.
- Honfield, D. y Stone, M.J. (1979): "Remembering and aging". En J.F. Kihlstrom y F.J. Evans (Eds.): *Functional Disorders of Memory*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Honigfeld, G. y Klett, C.J. (1965): "Nurses observation scale for inpatient evaluation: A new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia". *Journal of Clinical Psychology*, 21, 65-71.
- Horley, J. (1984): "Life satisfaction, happiness, and morale: Two problems with the use of subjective well-being indicators". *The Gerontologist*, 24, 124-127.

- House, J.S.; Robbins, C. y Metzner, H.L. (1982): "The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study". *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 123-140.
- Howell, S.C. (1972): "Familiarity and complexity in perceptual recognition". *Journal of Gerontology*, 27, 364-371.
- Hulicka, I.M. (1966): "Age differences in Wechsler Memory Scales scores". *Journal of Genetic Psychology*, 109, 135-145.
- Hulicka, I.M. (1967): "Age differences in retention as a function of interference". *Journal of Gerontology*, 22, 180-184.
- Hulicka, I.M. (1982): "Memory functioning in late adulthood". En F.I.M. Craik y S. Trehub (Eds): *Advances in the study of communication and affect: Vol 8. Aging and cognitive processes* (331-351). Nueva York: Plenum Press.
- Hulicka, I.M. y Grossman, J.L. (1967): "Age group comparisons for the use of mediators in paired-associate learning". *Journal of Gerontology*, 22, 46-51.
- Hulicka, I.M. Stern, H. y Grossman, J. (1967): "Age group comparinsons of paired-associate learning as a function of paced and self-paced association and response times". *Journal of Gerontology*, 22, 274-280.
- Hulicka, I.M. y Weiss, R. (1965): "Age differences in retention as a function of learning". *Journal of Consulting Psychology*, 29, 125-129.
- Hultsch, D. (1969): "Adult age differences in the organization of free recall". *Developmental Psychology*, 1, 673-678.
- Hultsch, D. (1971): "Adult age differences in free classification and free recall". *Developmental Psychology*, 4, 338-342.
- Hultsch, D. (1975): "Adult age differences in retrieval: Trace-dependent and cue-dependent forgetting". *Developmental Psychology*, 11, 197-201.
- Hultsch, D.F. y Dixon, R.A. (1983): "The role of preexperimental Knowledge in text processing in adulthood". *Experimental Aging Research*, 9, 17-22.
- Hultsch, D.F. y Pentz, C.A. (1980): "Encoding, storage and retrieval in adult memory: The role of model assumptions". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Hyer, L. y Blazer, D.G. (1982): "Depressive symptoms: Impact and problems in long term care facilities". *International Journal of Behavioral Geriatrics*, 1(3), 33-44.

- Israel, L.; Kozarevic, D. y Sartorius, N. (1984): "Source Book of Geriatric Assessment". Tomo 1. Evaluations in Gerontology : Karger.
- Izal, M. (1985): **Control percibido y comportamiento eficaz en ancianos**. Universidad Autónoma de Madrid: Memoria de Licenciatura. Trabajo no publicado.
- Izal, M. (1990): **Evaluación de Contextos: Una Metodología para la Evaluación Ambiental de Centros Residenciales para Ancianos**. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Trabajo no publicado.
- Jacobs, R.H. (1969): "The friendship club: A case study of the segregated aged". *Gerontologist*, 9, 276-280.
- Jarvick, L.F.; Bennett, R. y Blunner, B. (1973): "Design of a comprehensive life history interview schedule". En L.F. Jarvick, C. Eisdorfer y J.E. Blum (Eds.): *Intellectual Functioning in Adults*. 127-136. Nueva York : Springer.
- Jarvik, L.F. y Perl, M. (1981): "Overview of physiologic dysfunction and the production of psychiatric problems in the elderly". En A. Levenson y R.C.W. Hall (Eds.): *Psychiatric Management of Physical Disease in the Elderly*. 1-15 Nueva York: Raven Press.
- Jenkins, J.J. (1974): "Remember that old theory of memory? Well forget it". *American Psychologist*, 29, 785-795.
- Jenkins, J.J. (1979): "Four points to remember: A tetrahedral model of memory experiments". En L.S. Cermak y F.I.M. Craik (Eds.): *Levels of Processing in Human Memory*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Jerome, E.A. (1959): "Age and learning-experimental studies". En J.E. Birren (Ed.): *Handbook of Aging and the Individual: Psychological and Biological Aspects*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kahana, E. (1975): "A congruence model of person environment interaction". En P.G. Windley, T. Byerts y E.G. Ernst (Eds.): *Theoretical development in environments and aging*. Washington, D.C.: Gerontological Society.
- Kahana, E.; Kahana, B. y Young, R. (1986): "Strategies of coping and postinstitutional outcomes". *Research on Aging*, 8.
- Kahn, R. y Miller, N. (1978): "Adaptational factors in memory impairment in the aged". *Experimental Aging Research*, 4, 273-290.
- Kahn, R.L. (1979): "Aging and social support". En M.W. Riley (Ed.): *Aging from Birth to Death; Interdisciplinary Perspectives*. 77-91 Boulder, CO: Westview.

- Kahn, R.L.; Goldfarb, A.I.; Pollack, M. y Peck, A. (1960): "Brief objective measures for the determination of mental status in the aged". *American Journal of Psychiatry*, 117, 326-328.
- Kahn, R.L.; Zarit, S.H.; Hilbert, N.M. y Niederehe, G. (1975): "Memory complaint and impairment in the aged". *Archives of General Psychiatry*, 32, 1569-1573.
- Kalish, R.A. (1975): *Late Adulthood: Perspectives on Human Development*. Monterey.
- Kane, R.A. (1987): "Comprehensive assessment". En G.L. Maddox (Ed.): *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1981): *Assessing the Elderly*. Lexington: Lexington Books.
- Kanfer, F.H. y Saslow, G. (1965): "Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification". *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kaplan, G.A. (1982): "Psychosocial factors and ischemic heart disease mortality: A focal role for perceived health". Paper presented at the meetings of the American Psychology Association. Washington, D.C. .
- Kaplan, G.A. y Camach, T. (1983): "Perceived health and mortality: A nine year follow-up of the human population laboratory cohort". *American Journal of Epidemiology*, 117, 292-304.
- Kasl, S.V. y Berkman, L. (1981): "Psychosocial influences on health status of the elderly: The perspective of social epidemiology". En J.L. McGaugh y S.B. Kiesler (Eds.): *Aging: Biology and Behavior*. 345-385 Nueva York: Academic Press.
- Kasl, S.V. y Rosenfield, S. (1980): "The residential environment and its impact on the mental health of the aged". En J.E. Birren y R.B. Sloane (Eds.): *Handbook of Mental Health and Aging*. 468-498 Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kastenbaum, R. (1965): "The realm of death: An emerging area in psychological research". *Journal of Human Relations*, 13, 538-552.
- Kasznik, A.W.; Poon, L.W. y Riege, W. (1986): "Assessing memory deficits: An information-processing approach". En L.W. Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. American Psychological Association.
- Katz, S. (1983): "Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living". *Journal of the American Geriatrics Society*, 721-777.
- Katz, S.; Downs, T.D.; Cash, H.R. y Grotz, R.C. (1970): "Progress in development of the index of ADL". *Gerontologist*, 1, 20-30.

- Katz, S.; Ford, A.B.; Chinn, A.B. y Newill, V.A. (1966): "Prognosis after strokes. Part II: Long-term course of 159 patients". *Medicine*, 45, 236-246.
- Katz, S.; Ford, A.B.; Moskowitz, R.W.; Jackson, B.A. y Jaffe, M.W. (1963): "Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function". *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Katz, S.; Heiple, K.G.; Downs, T.D.; Ford, A.B. y Scott, C.P. (1967): "Long-term course of 147 patients with fracture of the hip". *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 124, 1219-1230.
- Kausler, D.H. (1982): *Experimental Psychology and Human Aging*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Kausler, D.H. (1987): "Memory and memory theory". En G.L. Maddox (Ed.): *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Kay, H. (1959): "Theories of learning and aging". En J.E. Birren (Ed.): *Handbook of Aging and the Individual: Psychological and Biological Aspects*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kazdin, A.E. (1977): "Assessing the clinical or applied significance of behavior change through social validation". *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- Kazdin, A.E. (1979): "Unobtrusive measures in behavioral assessment". *Journal of Applied Behavior Analysis* 10, 341-349.
- Kiecolt-Glaser, J.K.; Garner, W.; Speicher, C.; Penn, G.M.; Holliday, J. y Glaser, R. (1984): "Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students". *Psychosomatic Medicine*, 46(1), 7-14.
- Kierman, B.U.; Wilson, D.; Suter, N.; Naqui, A.; Meltzen, J. y Silver, G. "Concurrent validity of Geriatric Depression Scale". *Clinical Gerontologist*, 1988.
- Kiloh, L.G. (1961): "Pseudodementia". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37, 336-351.
- Kinsbourne, N. (1980): "Attentional dysfunctions in the elderly: Theoretical models and research perspectives". En L.W. Poon, J.L.; Fozard, L.S.; Cermak, D.; Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Kintsch, W. (1974): *The Representation of Meaning in Memory*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.



- Kintsch, W. (1978): "On comprehending stories". En M.A. Just y P.A. Carpenter (Eds.): **Cognitive Processes in Comprehension**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Kirsner, K. (1972): "Developmental changes in short-term recognition memory". **British Journal of Psychology**, 63, 109-117.
- Klassen, D.; Homstra, R.K. y Anderson, P.B. (1975): "Influence of social desirability on symptom and mood reporting in a community survey". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 43, 448-452.
- Kleemack, D.L.; Carlson, J.R. y Edwards, N.J. (1974): "Measures of well-being: An empirical and critical assessment". **Journal of Health and Social Behavior**, 15, 267-270.
- Kline, D.W. y Orme-Rogers, C. (1978): "Examination of stimulus persistences as the basis for superior visual identification performance among older adults". **Journal of Gerontology**, 33, 76-81.
- Kornetsky, C. (1972): "The use of a simple test of attention as a measure of drug effects in schizophrenic patients". **Psychopharmacologia**, 24, 99-106.
- Kovar, M.G. (1977): "Health of the elderly and use of health services". **Public Health Reports**, 92, 9-19.
- Kovar, M.G. (1983): "The national context for considering health and health care of the elderly: The United States". **Paper for the Commonwealth Forum: Improving the Health of the Homebound Elderly**. Londres: National Center for Health Statistics Working Paper Series, No. 17.
- Kovar, M.G. (1987): "Health assessment". En G.L. Maddox (Ed.): **The Encyclopedia of Aging**. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Kramer, N. y Jarvik, L.F. (1979): "Assessment of intellectual changes in the elderly". En A. Raskin y L.F. Jarvik (Eds.): **Psychiatric Symptoms and Cognitive Loss in the Elderly: Evaluation and Assessment Techniques**. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Krause, N.; Liang, J. y Yatomi, N. (1989): "Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis". **Psychology and Aging**, 4(1), 88-97.
- Krauss, I.K.; Quayhagen, M. y Schaie, K.W. (1980): "Spatial rotation in the elderly: Performance factors". **Journal of Gerontology**, 198, 199-206.
- Kriauclunas, R. (1968): "The relationship of age and retention interval activity in short-term memory". **Journal of Gerontology**, 23, 169-173.
- Krief, B. (1982): **La depresión en España: Estudio sociológico**. Madrid: Lederle.

- Kuharek, J. (1987): "Communicating with the elderly". En Department of aging and mental health (Florida Mental Health Institute): **A training program**. Trabajo no publicado.
- Kvale, S. (1977): "Dialectics and research on remembering". En N. Datan y H.W. Reese (Eds.): **Life-Span Developmental Psychology; Dialectical Perspectives on Experimental Research**. Nueva York: Academic Press.
- La Rue, A.; Dessonville, C. y Jarvik, L.F. (1985): "Aging and mental disorders". En J.E. Birren y Schaie, K.W.: **Handbook of the Psychology of Aging**. Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Labouvie-Vief, G. (1985): "Intelligence and Cognition". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): **Handbook of the Psychology of Aging**. 427-462 Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Labouvie-Vief, G.; Campbell, S.; Weaver, S. y Tannenhaus, M. (1979): "Metaphoric Processing in Young and Old Adults". Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society. Washington D.C.
- Labouvie-Vief, G.; Hoyer, W.; Baltes, M. y Baltes, P. (1974): "Operant analysis of intellectual behavior in old aged". **Human Development**, 17, 259-272.
- Labouvie-Vief, G. y Schell, D.A. (1982): "Learning and memory in later life". En B.B. Welman (Ed.): **Handbook of Developmental Psychology**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Larson, R. (1978): "Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans". **Journal of Gerontology**, 33, 109-129.
- Laurence, M.W. (1966): "Age differences in performance and subjective organization in the free recall of pictorial material". **Canadian Journal of Psychology**, 20, 388-399
- Laurence, M.W. (1967): "Memory loss with age: A test of two strategies for its retardation ". **Psychonomic Science**, 9, 209-210.
- Lawton, M.P. (1972): "Assessing the competence of older people". En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): **Research Planning and Action for the Elderly**. Nueva York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P. (1975): "The Philadelphia Center morale scale: A revision". **Journal of Gerontology**, 30, 85-89.
- Lawton, M.P. (1977): **Effective Assessment**. Washington, D.C.: Gerontological Society.

- Lawton, M.P. (1982): "Competence, environmental press, and the adaptation of older people". En M.P. Lawton, P.G. Windley y T.O. Byerts (Eds.): **Aging and the Environment: Theoretical Approaches**. 33-59 Nueva York: Springer.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969): "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living". **Gerontologist**, 9, 179-186.
- Lawton, M.P.; Kleban, M.H. y DiCarlo, E. (1984): "Psychological well-being in the aged: Factorial and conceptual dimensions". **Research on Aging**, 6, 67-97.
- Lawton, M.P. y Nahemow, L. (1973): "Ecology and the aging process". En C. Eisdorfer y M.P. Lawton (Eds.): **Psychology of Adult Development and Aging**. 619-674 Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lawton, M.P. y Storandt, M. (1984): "Clinical and functional approaches to the assessment of older people". En P. McReynolds (Ed.): **Advances in Psychological Assessment**. Jossey Bass.
- Lawton, M.P.; Ward, M. y Yaffe, S. (1967): "Indices of health in an aging population". **Journal of Gerontology**, 22, 334-342.
- Lawton, M.; Whelihan, W. y Belsky, J. (1980): "Personality tests and their use with older adults". En J. Birren y B. Sloane (Eds.): **Handbook of Mental Health and Aging**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Leech, S. y Witte, K.L. (1971): "Paired-associate learning in elderly adults as related to pacing and incentive conditions". **Developmental Psychology**, 5, 180.
- Leering, C. (1979): "A structural model of functional capacity in the aged". **Journal of the American Geriatric Society**, 27, 314-316.
- Lehmann, H.E. y Ban, T.A. (1970): "Psychometric tests in evaluation of brain pathology responsive to drugs". **Geriatrics**, 25, 142-147.
- Leshner, E.L. (1986): "Validation of the Geriatric Depression Scale among nursing home residents". **Clinical Gerontologist**, 4(2), 21-28.
- Lester, P.B. y Baltes, M.M. (1978): "Functional interdependence of the social environment and the behavior of the institutionalized aged". **Journal of Gerontological Nursing**, 4, 23-27.
- Levy, S.M. (1980): "The psychosocial assessment of the chronically ill geriatric patient". En C. Phokopp y C. Bradley (Eds.): **Medical Psychology: A New Perspective**. New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M.; Biglan, A. y Zeiss, A.M. (1976): "Behavioral treatment of depression". En P.O. Davidson (Ed): **The behavioral management of anxiety, depression and pain**. New York: Brunner/Mazel.

- Lewinsohn, P.M. y MacPhillamy, D. (1974). "The relationship between age and engagement in pleasant activities". *Journal of Gerontology*.
- Lewinsohn, P.M.; Muñoz, R.F.; Youngren, M.A. y Zeiss, A.M. (1978): *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P.M. y Talkington, J. (1979): "The measurement of aversive events and relations to depression". *Applied Psychological Measurement*, 3, 83-101.
- Lezak, M. (1983): "Neuropsychological Assessment (2nd ed.)". , Nueva York: Oxford University Press.
- Liang, J. (1984): "Dimensions of the life satisfaction index a: A structural formulation". *Journal of Gerontology*, 39, 613-622.
- Liang, J. (1985): "A structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A.". *Journal of Gerontology*, 40, 552-561.
- Liang, J. y Bollen, K.A. (1983): "The structure of the Philadelphia Geriatric Center morale scale: A reinterpretation". *Journal of Gerontology*, 38, 181-189.
- Light, L. y Zelinski, E. (1983): "Memory for spatial information in young and old adults". *Developmental Psychology*, 19, 901-906.
- Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. (1981): "Social support scales. A methodological note". *Schizophrenia Bulletin*, 7, 73-89.
- Linn, B.S. y Linn, M.W. (1980): "Objective and self-assessed health in the old and very old". *Social Science and Medicine*, 14, 311-315.
- Lipton, M.A. (1976): "Age differentiation in depression: Biochemical aspects". *Journal of Gerontology*, 31, 300-303.
- Lohman, N. (1977): "Correlations of life satisfaction, morale, and adjustment measures". *Journal of Gerontology*, 32, 73-75.
- Lomranz, J.; Bergman, S.; Eyal, N. y Shmotkin, D. (1988): "Indoor and outdoor activities of aged women and men as related to depression and well-being". *INT,L.J. Aging and Human Development*, 26(4), 303-314.
- Lorr, M.; O'Connor, J.P. y Stafford, J.W. (1960): "A psychotic reaction profile". *Journal of Clinical Psychology*, 16, 241-245.
- Lott, C.L. y Scogin, F. (1983): "Relationship of Memory Complaint and Memory Performance". Paper presented at the Meeting of the Gerontological Society of America. San Francisco.

- Lubin, B. (1967): **Depression Adjective Checklist**. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Lubin, B. (1981): **Depression Adjective Check Lists: Manual**. 2nd edn. San Diego, CA: Edits.
- Lyle, R. (1984): "Evaluation of disability in the elderly". En I. Hanley y J. Hodge (Eds.): **Psychological Approaches to the Care of the Elderly**. Nueva York: Methuen.
- McAuley, W.I. y Offerle, M.J. (1983): "Perceived suitability of residence and life satisfaction among the elderly and the handicapped". **Journal of Housing in the Elderly**, 1, 63-75.
- MacPhillamy, D.J. y Lewinsohn, P.M. (1982): "The Pleasant Events Schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 50, 363-380.
- Maddox, G.L. (1962): "Some correlations of differences in self-assessments of health status among the elderly". **Journal of Gerontology**, 17, 180-185.
- Maddox, G.L. (1970): "Fact and artifact: Evidence bearing on disengagement theory". En E. Palmore (Ed.): **Normal Aging**. 318-328 Durham, NC: Duke University Press.
- Maddox, G.L. (1987): **The Encyclopedia of Aging**. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Maddox, G.L. y Douglas, E. (1973): "Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects". **Journal of Health and Social Behavior**, 14, 87-93.
- Magnen, D.J. y Peterson, W.A. (1982): **Research Instruments in Social Gerontology. Vol. II: Social Roles and Social Participation**. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Maiden, R.J. (1987): "Learned helplessness and depression: A test of the reformulation model". **Journal of Gerontology**, 42(1), 60-64.
- Maloney, M. y Ward, M.P. (1976): **Psychological Assessment: A Conceptual Approach**. Nueva York: Oxford University Press.
- Mandler, G. (1967): "Organization and memory". En K.W. Spence y J.T. Spence (Eds.): **The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory**. 1, 327-372 Nueva York: Academic Press.
- McAllister, T.W. (1981): "Cognitive functioning in the affective disorders". **Comprehensive Psychiatry**, 22, 572-586.

- McCarthy, M.; Ferris, S.H.; Clark, E. y Crook, T. (1981): "Acquisition and retention of categorized material in normal aging and senile dementia". *Experimental Aging Research*, 7, 127-135.
- McGarvey, B.; Gallagher, D.; Thompson, L.W. y Zelinski, E. (1982): "Reliability and factor structure of the Zung Self-Rating Depression Scale in three age groups". *Essence*, 5, 141-151.
- McNair, D.M. (1979): "Self-rating scales for assessing psychopathology in the elderly". En A. Raskin y L.F. Jarvik (Eds.): *Psychiatric Symptoms and Cognitive Loss in the Elderly*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Meacham, J.A. (1972): "The development of memory abilities in the individual and society". *Human Development*, 15, 205-228.
- Meacham, J.A. (1977): "A transactional model of remembering". En N. Datan y H.W. Reese (Eds.): *Lifespan developmental psychology: Dialectical perspectives on experimental research*. Nueva York: Academic Press.
- Meer, B. y Baker, J.A. (1966): "The Stockton geriatric scale". *Journal of Gerontology*, 21, 392.
- Meichenbaum, D. (1974): "Self-instructional strategy training: A cognitive prosthesis for the aged". *Human Development*, 17, 273-280.
- Mendlewicz, J. (1976). "The age factor in depressive illness: Some genetic considerations". *Journal of Gerontology*, 31, 300-303.
- Meyer, B.J.F.; Rice, G.E.; Knight, C.C. y Jensen, J.L. (1979): "Effects of Comparative and Descriptive Discourse Types on the Reading Performance of Young, Middle, and Old Adults". *Research Report No.7, Prose Learning Series*. Arizona State University, Department of Educational Psychology, College of Education.
- Miller, W. (1975): "Psychological deficit in depression". *Psychological Bulletin*, 82, 238-260.
- Minkler, M. (1985): "Social support and health of the elderly". En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.): *Social Support and Health*. 199-216. Nueva York: Academic Press.
- Moenster, P.A. (1972): "Learning and memory in relation to age". *Journal of Gerontology*, 27, 361-363.
- Moon, J.R. y Baum, D.V. (1987): "Depression in the elderly". En Department of Aging and Mental Health: *Aging and Mental Health Issues: A Training Program*. Tampa: Florida Mental Health Institute. University of South Florida.
- Moos, R.H. (1974). *Evaluating Treatment Environments: A Social Ecology Approach*. New York: John Wiley & Sons.

- Moran, L.J. y Mefferd, R.B. (1959): "Repetitive psychometric measures". *Psychological Reports*, 5, 269-275.
- Morris, J.N. y Sherwood, S. (1975): "A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale". *Journal of Gerontology*, 30, 77-84.
- Mossey, J.M. y Shapiro, E. (1982): "Self-rated health: A prediction of mortality among the elderly". *American Journal of Public Health*, 72 (8).
- Murdock, B.B. Jr. (1966): "Visual and auditory stores in short-term memory". *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 18, 206-211.
- Murdock, B.B.Jr. (1974): *Human Memory: Theory and Data*. Potomac, Maryland: Lawrence Erlbaum Associates.
- Murdock, B.B. Jr. y Walker, K.D. (1969): "Modality effects in free recall". *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 8, 665-676.
- Myles, J.F. (1978): "Institutionalization and sick role identification among the elderly". *American Sociological Review*, 43, 508-521.
- Namazi, K.H.; Eckert, Kahana, E. y Lyon, S. (1989): "Psychological well-being of elderly board and care home residents". *The Gerontologist*, 29(4), 511-516.
- Neisser, U. (1967): *Cognitive Psychology*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Neugarten, B. (1975): "The future and the institutionalized elderly". *Gerontologist*, 15, 4-9.
- Neugarten, B.L.; Havighurst, R.J. y Tobin, S.S. (1961): "The measurement of life satisfaction". *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Niederehe, G. (1986): "Depression and memory impairment in the aged". En L.W. Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. 226-237 Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Niederehe, G.; Nielsen-Collins, K.E.; Volpendesta, D. y Woods, A.M. (1981): "Metamemory Processes and Perceptions: Depression and Age Effects". Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America. Toronto.
- Norris, F.H. y Murrell, S.A. (1984): "Protective function of resources related to life events, global stress, and depression in older adults". *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 424-437.
- Norris, K.A. y Krauss, I.K. (1982): "Spatial abilities and environmental Knowledge and use in institutionalized elderly". Paper presented at the annual meetings of the American Psychological Association. Washington D.C.

- Nott, P.N. y Fleminger, J.J. (1975): "Presenile dementia: The difficulties of early diagnosis". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 51, 210-217.
- Nurnberger, J.I. y Gershon, E.S. (1982): "Genetics". En S. Paykel (Ed.): *Handbook of affective disorders* 126-145. Nueva York: Guilford.
- Oberleder, M. (1964): "Effects of psychosocial factors on test results of the aging". *Psychological Reports*, 14, 383-387.
- Oberleder, M. (1967): "Adapting current psychological techniques for use in testing the aged". *The Gerontologist*, 7, 3.
- Okun, M.A. (1987): "Life satisfaction". En G.L. Maddox (Ed.): *Encyclopedia of Aging*. 399-401 Nueva York: Springer.
- Okun, M.A. y DiVesta, F.J. (1976): "Cautiousness in adulthood as a function of age and instructions". *Journal of Gerontology*, 31, 571-576.
- Okun, M.A. y Elias, C.S. (1977): "Cautiousness in adulthood as a function of age and payoff structure". *Journal of Gerontology*, 32, 451-455.
- Okun, M.A.; Siegler, I.C. y George, L.K. (1978): "Cautiousness and verbal learning in adulthood". *Journal of Gerontology*, 33, 94-97.
- Okun, M.A. y Stock, W.A. (1987): "Correlates and components of subjective well-being among the elderly". *Journal of Applied Gerontology*, 6, 95-112.
- Okun, M.A.; Stock, W.A.; Haring, M.J. y Witter, R.A. (1984): "Health and subjective well-being: A meta-analysis". *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 111-132.
- Paivio, A. (1971): *Imagery and Verbal Processes*. Nueva York: Holt, Rhinehart y Winston.
- Palacios, J. y Marchesi, A. (1985): "Inteligencia y memoria en el proceso de envejecimiento". En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (Eds.): *Psicología Evolutiva*. Vol. III. Madrid: Alianza.
- Parkes, S.H. y Pilisuk, M. (1981): "Social Ties and Health Status in an Elderly Population". Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association. Los Angeles.
- Parmelee, P.A.; Katz, I.R. y Lawton, M.P. (1989): "Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation". *Journal of Gerontology*, 44, 22-29.
- Patterson, R.L. y Jackson, G.M. (1981): "Behavioral approaches to Gerontology". En L. Michelson, M. Hersen y S.M. Turner (Eds.). *Future perspectives in Behavior Therapy*. Nemun Press.



- Pattie, A.H. y Gilleard, C.J. (1979): **Manual for the Clifton Assessment Procedures for the Elderly**. Sevenoaks, Kent: Hodder and Stoughton Educational.
- Pérez Almeida, E.; González Felipe, M.A.; Moraleda Jimenez, P. y Zamora Martin, M.C. (1989): "Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 24(1), 27-33.
- Perlick, D. y Atkins, A. (1984). "Variations in the reported age of a patient: A source of bias in the diagnosis of depression and dementia". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 812-820.
- Perlmutter, M. (1978): "What is memory aging the aging of?". *Developmental Psychology*, 14, 330-345.
- Perlmutter, M.P. (1987): "Metamemory". En G.L. Maddox (Ed.): *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Perlmutter, M.; Metzger, R.; Nezworski, T. y Miller, K. (1981): "Spatial and temporal memory in 20 and 60 year olds". *Journal of Gerontology*, 36, 59-65.
- Peterson, L.R. y Peterson, M.J. (1959): "Short-term retention of individual verbal items". *Journal of Experimental Psychology*, 58, 193-198.
- Pfeiffer, E. (1975): "A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients". *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, 433-441.
- Pfeiffer, E. (1987): "The Psychosocial evaluation of the elderly patient". En Department of Aging and Mental Health: **Aging and Mental Health Issues: A Training Program**. Tampa: Florida Mental Health Institute. University of South Florida.
- Pihlbad, C.T.; Rosencraz, H.A. y McNevin, T.E. (1967): "An examination of the effects of perceptual frames of reference in interviewing older respondents". *Gerontologist*, 7, 125-127.
- Plutchik, R. (1979): "Conceptual and practical issues in the assessment of the elderly". En A. Raskin y L.F. Jarvik (Eds.): **Psychiatric Symptoms and Cognitive Loss in the Elderly**. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Poon, L.W. (1980): "A systems approach for the assessment and treatment of memory problems". En J. Ferguson y C.B. Taylor (Eds.): **Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine**. 1 Nueva York: Spectrum Publications.
- Poon, L.W. (1985): "Differences in human memory with aging: Nature, causes, and clinical implications". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): **Handbook of the Psychology of Aging**. 427-462 Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

- Poon, L.W. (1986): **Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults**. American Psychological Association.
- Poon, L.W. y Fozard, J.L. (1978): "Speed of retrieval from long-term memory in relation to age, familiarity and datedness of information". *Journal of Gerontology*, 5, 711-717.
- Poon, L.W. y Fozard, J.L. (1980): "Age and word frequency effects in continuous recognition memory". *Journal of Gerontology*, 35, 77-86.
- Poon, L.W.; Fozard, J.L.; Cermak, L.S.; Arenberg, D. y Thompson, L.W. (Eds.) (1980): **New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Poon, L.W.; Fozard, J.L.; Paulshock, D.R. y Thomas, J.C. (1979): "A questionnaire assessment of age differences in retention of recent and remote events". *Experimental Aging Research*, 5, 401-411.
- Poon, L.W.; Fozard, J.L. y Treat, N.J. (1978): "From clinical and research findings to intervention programs". *Experimental Aging Research*, 5, 401-411.
- Poon, L.W.; Fozard, J.L.; Treat, N.J. y Popkins, S.J. (1978): "From clinical and research findings on research to intervention programs". *Experimental Aging Research*, 4, 235-254.
- Poon, L.W.; Gurland, B.J.; Eisdorfer, C.; Crook, T.; Thompson, L.W.; Kaszniak, A.W. y Davis, K.L. (1986): "Integration of experimental and clinical precepts in memory assessment: A tribute to George Talland". En L.W. Poon (Ed.): **Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults**. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Poon, L.W.; Walsh-Sweeney, L. y Fozard, J.L. (1980): "Memory skill training for the elderly: Salient issues on the use of imagery mnemonics". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): **New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Popkin, S.J.; Gallagher, D.; Thompson, L.W. y Moore, M. (1982): "Memory complaint and performance in normal and depressed older adults". *Experimental Aging Research*, 8, 141-145.
- Post, F. (1982): "Affective disorders in old age". En E.S. Paykel (Ed.): **Handbook of affective disorders**. 393-402 Nueva York: Guilford.
- Power, D.G.; Logue, P.E.; McCarty, S.M.; Rosenstiel, A.K. y Ziesat, H.A. (1979): "Inter-rater reliability of the Russell revision of the Wechsler Memory Scale: An attempt to clarify some ambiguities in scoring". *Journal of Clinical Neuropsychology*, 1, 343-346.

- Prinz, P.N. y Raskind, M. (1978): "Aging and sleep disorders". En R. Williams e I. Karacan (Eds.): **Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment**. Nueva York: Wiley.
- Rabbitt, P.M.A. (1982): "How Good Do You Think You Are?". Paper presented at the meeting of the Eastern Psychological Association. Nueva York: .
- Randt, C.T.; Brown, E.R. y Osborne, D.P.Jr. (1980): "A memory test for longitudinal measurement of mild to moderate deficits". **Clinical Neuropsychology**, 2, 184-194.
- Rankin, J.L. y Kausler, D.H. (1979): "Adult age differences in false recognitions". **Journal of Gerontology**, 34, 58-65.
- Ratcliff, G. (1982): "Disturbances of spatial orientation associated with cerebral lesions". En M. Potegal (Ed.): **Spatial abilities**. Nueva York: Academic Press.
- Raymond, B. (1971): "Free recall among the aged". **Psychology Reports**, 29, 1179-1182.
- Rehm, L.P. (1988): "Assessment of Depression". En A.S. Bellack y M.Hersen: **Behavioral Assessment: A Practical Handbook**. Pergamon Press.
- Reifler, B.V. (1982): "Arguments for abandoning the term pseudodementia". **Journal of the American Geriatric Society**, 30, 665-668.
- Reisberg, B.; Ferris, S.H.; Borenstein, E.S.; Sinaiko, E.; De Leon, M.J. y Buttinger, C. (1986): "Assessment of presenting symptoms". En L.W. Poon (Ed.): **Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults**. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rhode Island Health Services Research, Inc. (SEARCH) (1977): "Profiles from the Health Statistics Center. Serie 4, No.1". **Results of the 1972 and 1975 Health Interview Surveys**.
- Ribere, D. (1986): **El impacto psicológico de envejecer: Un estudio empírico en Alicante**. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología. Universidad de Alicante.
- Ribere, D.; Reig, A. y Miquel, J. (1988): "Psicología de la salud y envejecimiento: Estudio empírico en una residencia de ancianos". **Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología**, 4(2), 61-70.
- Riege, W.H. (1982): "Self-report and tests of memory aging". **Clinical Gerontologist**, 1(2), 23-36.
- Riege, W.H.; Harker, J.O. y Metter, E.J. (1986): "Clinical validators: Brain lesions and brain imaging". En L.W. Poon (Ed.): **Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults**. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Robins, J.; Pauker, S. y Thomas, J. (1984): "Can schizophrenia begin after age 44?". **Compr. Psychiatry**, 25, 290-293.

- Robinson, D.; Davis, J.; Niles, A.; Ravaris, C y Sylvester, D. (1971). "Relation and sex and aging to monoamine oxidase activity of human brain, plasma and platelets". *Archives of General Psychiatry*, 24, 536-539.
- Rodin, J. y Langer, E. (1980): "Aging Labels. The decline of control and the fall of self-esteem". *Journal of Social Issues*, 36, 12-29.
- Rogers, J.M. (1960): "Operant conditioning in a quasi-therapy setting". *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Ron, M.A.; Toone, B.K. y Garralda, M.E. (1979): "Diagnostic accuracy in presenile dementia". *British Journal of Psychiatry*, 134, 161-168.
- Rosow, I. (1974): *Socialization to Old Age*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Roth, M. (1955): "The natural history of mental disorders in old age". *Journal of Mental Science*, 98, 88-75.
- Rubenstein, L.Z.; Schairer, C.; Wleland, G.D. y Kane, R. (1984): "Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: Effects of different data sources". *Journal of Gerontology*, 39, 686-691.
- Russell, E.W. (1975): "A multiple scoring method for the assessment of complex memory functions". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 800-809.
- Sainsbury, S. (1973): "Measuring disability". *Occasional Papers on Social Administration*. 54 Londres: Bell and Son.
- Salthouse, T.A. (1977): "The role of memory in the age decline in digit symbol substitution performance". *Journal of Gerontology*, 33, 232-238.
- Salthouse, T.A. (1980): "Age and memory: Strategies for localizing the loss". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Salthouse, T.A. (Ed.) (1982): *Adult Cognition: An Experimental Psychology of Human Aging*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Salzman, C. y Gutfreund, M.J. (1986): "Clinical techniques and research strategies for studying depression and memory". En L.W. Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Salzman, C. y Shader, R.I. (1978a): "Depression in the elderly. I. Relationship between depression, psychological defense mechanisms, and physical illness". *Journal of the American Geriatrics Society*, 26, 253-260.

- Salzman, C. y Shader, R.I. (1978b): "Depression in the elderly.II.Possible drug etiologies. Differential diagnostic criteria". *Journal of the Geriatrics Society*, 26, 303-308.
- Salzman, C. y Shader, R.I. (1979): "Clinical evaluation of depression in the elderly". En A. Raskin y L. Jarvik (Eds.): *Psychiatric symptoms and cognitive loss in the elderly; evaluation and assessment techniques*. Nueva York: Hemisphere Publishing.
- Salzman, C. y Van der Kolk, B.A. (1984): "Treatment of depression". En C.Salzman (Ed.): *Clinical Geriatric psychopharmacology*. 77-115 Nueva York: McGraw-Hill.
- Sands, L.P. y Meredith, W. (1989). *Psychology and Aging*.
- Santacreu, J. (1987): "Evaluación conductual de la depresión". En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobes (ed.): *Evaluación Conductual* (3ª ed.) Madrid: Pirámide.
- Satarino, W.A. y Syme, S.L. (1981): "Life changes and disease in elderly populations: Coping with change". En J.G. March (Ed.): *Biology and Behavior*. Nueva York: Academic Press.
- Sauer, W.J. y Warland, R. (1982): "Morale and life satisfaction". En D.J. Magnen y W.A. Peterson (Eds.): *Research Instruments in Social Gerontology: Clinical and Social Psychology*. 1, 195-202 Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Savage, R.D. y Britton, P.G. (1967): "A short scale for the assessment of mental health in the community aged". *British Journal of Psychiatry*, 113, 521-523.
- Schaie, K.W. (1978): "External validity in the assessment of intellectual development in adulthood". *Journal of Gerontology*, 33, 695-701.
- Schale, K.W. y Parham, I.A. (1976): "Stability of adult personality traits: Fact or fable?". *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 146-158.
- Schaie, K.W. y Schaie, J.P. (1977): "Clinical Assessment and Aging". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. 692-723 New York: Van Nostrand Reinhold.
- Scheidt, R.J. y Windley, P.G. (1985): "The ecology of Aging". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. 2nd edn, 245-258 New York: Van Nostrand Reinhold.
- Schildkraut, J. (1965): "The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence". *American Journal of Psychiatry*, 122, 509-522.
- Schonfield, D. (1969): "Learning and retention". En J.E. Birren (Ed.): *Contemporary Gerontology: Issues and Concepts*. Los Angeles: University of Southern California Press.

- Schonfield, D. (1972): "Theoretical nuances and practical old questions: The psychology of aging". *Canadian Psychologist*, 13, 252-266.
- Schonfield, D. (1973): "Future commitments and successful aging: I. The random sample". *Journal of Gerontology*, 28, 189-196.
- Schonfield, D. y Robertson, B.A. (1966): "Memory storage and aging". *Canadian Journal of Psychology*, 20, 228-236.
- Schonfield, D. y Stone, M.J. (1979): "Remembering and Aging". En J.F. Kihlstrom y F.J. Evans (Eds.): *Functional Disorders of Memory*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Schwab, J.J. (1976): "Depression among the aged". *Southern Medical Journal*, 69, 1039-1041.
- Scogin, F. (1987): "The concurrent validity of the Geriatric Depression Scale with depressive older adults". *Clinical Gerontologist*, 7(1), 23-31.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Shader, R.I.; Harmatz, J.S. y Salzman, C. (1974): "A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz clinical assessment-geriatric (SCAG)". *Journal of the American Geriatric Society*, 22, 107-113.
- Shanas, E. (1972): "Adjustment to retirement: Substitution or accomodation?". En F. M. Carp (Ed.): *Retirement*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Shanas, E. (1979a): "Social myth as hypothesis: The case of the family relations of old people". *The Gerontologist*, 19, 3-9.
- Shanas, E. (1979b): "The family as a social support system in old age". *The Gerontologist*, 19, 169-174.
- Shanas, E. y Maddox, G.L. (1976): "Aging, health and the organization of health resources". En R.H. Binstock y E. Shanas (Eds.): *Handbook of aging and the social sciences*. 592-618 Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Shatin, L. y Freed, E.X. (1955): "A behavioral rating scale for mental patients". *Journal of Mental Science*, 101, 644-653.
- Sheikh, J.I. y Yesavage, J.A. (1986): "Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version". *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Sherman, S.R. y Newman, E.S. (1977): "Foster family care for the the elderly in New York State". *The Gerontologist*, 17, 513-519.

- Sherwood, S.J.; Morris, J.; Mor, V. y Gutkin, C. (1977): "Compendium of Measures for Describing and Assessing Long Term Care Populations". Boston: Hebrew Rehabilitation Center for Aged.
- Siegler, I.C. y Costa, P.T. Jr. (1985): "Health behavior relationships". En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold company.
- Silva, F. *Evaluación Conductual y Criterios Psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Silverman, C. (1968): *The Epidemiology of Depression*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Slater, E. y Roth, M. (1977): *Clinical Psychiatry*. Baltimore: William and Wilkins.
- Smith, A.D. (1974): "Response interference with organized recall in the aged". *Developmental Psychology*, 10, 867-870.
- Smith, A.D. (1975): "Aging and interference with memory". *Journal of Gerontology*, 30, 319-325.
- Smith, A.D. (1977): "Adult age differences in cued recall". *Developmental Psychology*, 13, 326-331.
- Smith, J.M. (1979): "Nurse and psychiatric aide rating scales for assessing psychopathology in the elderly: A critical review". En A. Raskin y L.F. Jarvik (Eds.): *Psychiatric symptoms and cognitive loss in the elderly*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Smith, A.D. (1980): "Age differences in encoding, storage and retrieval". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Smith, A.D. y Fullerton, A.M. (1981): "Age differences in episodic and semantic memory: implications for language and cognition". En S. Beasley y L. Davis (Eds.): *Communication Processes and Disorders*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Smith, A.D. y Winograd, E. (1978): "Adult age differences in remembering faces". *Developmental Psychology*, 14, 443-444.
- Spence, D.L. (1968): "The role of futurity in aging adaptation". *Gerontologist*, 8, 180-183.
- Sperling, G. (1960): "The information available in brief visual presentations". *Psychol. Monogr.* 74, 11-498.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J. y Robins, E. (1978): "Research diagnostic criteria: Rationale and reliability". *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.

- Squire, L.R. (1980): "The neuropsychology of amnesia: An approach to the study of memory and aging". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): **New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference**. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Stafford, J.L.; Krauss, I.K.; Divgi, D.R. y Schale, K.W. (1984): "Assessing cognitive abilities across the adult lifespan: Validity of five novel tasks". Trabajo no publicado. Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital. Boston.
- Steinberg, F.U. y Frost, M. (1963): "Rehabilitation of geriatric patients in a general hospital: A follow-up study of 43 cases". **Geriatrics**, 18, 158-164.
- Stephens, J. (1974): "Romance in the S.R.O". **Gerontologist**, 14, 279-282.
- Sternberg, S. (1966): "High-speed scanning in human memory". **Science**, 153, 652-654.
- Sternberg, S. (1969): "Memory-scanning: Mental processes revealed by reaction-time experiments". **American Scientist**, 57, 421-457.
- Stock, W.A.; Okun, M.A. y Benin, M. (1986): "The structure of subjective well-being among the elderly". **Psychology and Aging**, 1, 91-102.
- Stock, W.A.; Okun, M.A.; Haring, M.J. y Witter, R.A. (1985): "Race and subjective well-being in adulthood: A black-white research synthesis". **Human Development**, 28, 192-197.
- Stoller, E.P. (1984): "Self-assessments of health by the elderly: The impact of informal assistance". **Journal of Health and Social Behavior**, 25, 260-270.
- Stones, M.J. y Kozma, A. (1980): "Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists". **International Journal of Aging and Human Development**, 11, 269-281.
- Sunderland, A.; Harris, J.E. y Baddeley, A.D. (1983): "Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study". **Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior**, 22, 341-357.
- Sunderland, A.; Harris, J.E. y Baddeley, A.D. (1984): "Assessing everyday memory after severe head injury". En J.E. Harris y P.E. Morris (Eds.): **Everyday Memory, Actions and Absent-Mindedness**. Orlando, FL.: Academic Press.
- Swenson, W.M. (1961): "Structured personality testing in the aged: A study of the gerontic population". **Journal of Clinical Psychology**, 17, 302-304.
- Taub, H.A. (1973): "A comparison of young and old groups on various digit span tasks". **Developmental Psychology**, 6, 60-65.



- Taub, H.A. (1974): "Coding for short-term memory as a function of age". *Journal of Genetic Psychology*, 125, 309-314.
- Taub, H.A. (1979): "Comprehension a memory of prose materials by young and old adults". *Experimental Aging Research*, 5, 313.
- Tenny, Y.V. (1982): "Misplacing objects in the aged and the young". En T.M. Shlechter, D.J. Herrmann y M.P. Toglia (Eds.): *A Symposium on current trends in everyday memory research. Symposium conducted at the Meeting of the American Psychological Association*. Washington, DC.
- Teri, L. y Lewinsohn, P.W. (1982): "Modification of the Pleasant and Unpleasant Events Schedules for use with the elderly". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 444-445.
- Thomas, J.C. y Ruben H. (1973): "Age and Mnemonic Techniques in Paired Associate Learning". Trabajo presentado en la Reunión de la Sociedad Gerontológica. Miami, Florida
- Thompson, L.W. (1980): "Testing and mnemonic strategies". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Thompson, L.W. (1986): "Measurement of depression: Implications for assessment of cognitive function in the elderly". En L.W. Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Thompson, L.W. y Gallagher, D. (1984): "Efficacy of psychotherapy in the treatment of late-life depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 385-390.
- Thompson, L.W. y Gallagher, D. (1985): "Psychotherapy for depressed elders: Outcomes and issues". Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Los Angeles, CA.
- Thompson, L.W.; Gallagher, D. y Breckenridge, J.S. (1987): "Efficacy of psychotherapy in the treatment of late-life depression". *Advance in Behaviour Research and Therapy*, 6, 127-139.
- Till, R.E. y Walsh, D.A. (1980): "Encoding and retrieval factors in adult memory for implicational sentences". *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 19, 1-16.
- Tissue, T. (1972): "Another look at self-rated health among the elderly". *Journal of Gerontology*, 27, 91-94.
- Treas, J. (1977): "Family support systems for the aged: Some social and demographic considerations". *The Gerontologist*, 17.

- Tulving, E. (1962): "Subjective organization in free recall of "unrelated" words". *Psychological Review*, 69, 344-354.
- Vaillant, G.E. (1979): "Natural history of male psychologic health". *New England Journal Medical*, 301, 1249-1254.
- Vanderplas, J.M. y Vanderplas, J.H. (1980): "Some factors affecting legibility of printed materials for older adults". *Perceptual and Motor Skills*, 50, 923-932.
- Vanderplas, J.H. y Vanderplas, J.M. (1981): "Effects of legibility on verbal test performance of older adults". *Perceptual and Motor Skills*, 53, 183-186.
- Vernon, S.W. y Roberts, R.E. (1982): "Use of the SADS-RDC in a tri-ethnic community survey". *Archives of General Psychiatry*, 39, 47-52.
- Waldman, A. y Fryman, E. (1964): "Classification in homes for the aged". En H. Shore y M. Leeds (Eds.): *Geriatric institutional management*. Nueva York: Putnams.
- Walsh, D.A. (1976): "Age differences in central perceptual processing: A dichoptic backward masking investigation". *Journal of Gerontology*, 31, 178-185.
- Walsh, D.A.; Krauss, I.K. y Regnier, V.A. (1981): "Spatial ability, environmental knowledge, and environmental use: The elderly". En L.S. Lieben, A.H. Patterson y N. Newcombe (Eds): *Spatial representation and behavior across the life span*. Nueva York: Academic Press.
- Walsh, D.A. y Prasse, M.J. (1980): "Iconic memory and attentional processes in aged". En L.W. Poon, J.L. Forzard, L.S. Cermack, D. Arenberg y L.W. Thompson: *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Walsh, D.A. y Thompson, L.W. (1978): "Age differences in visual sensory memory". *Journal of Gerontology*, 33, 383-387.
- Walsh, D.A.; Till, R.E. y Williams, M.V. (1978): "Age differences in peripheral perceptual processing: A monoptic backward masking investigation". *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 4, 232-243.
- Wan, T.T. (1982): *Stressful Life Events, Social Support Networks and Gerontological Health*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Wan, T. T. H. y Odell, B.G. (1983): "Major role losses and social participation of older males". *Research on Aging*, 5, 173-196.
- Ward, R.; Sherman, S.R. y Lagory, M. (1984): "Subjective network assessment and subjective well-being". *Journal of Gerontology*, 39, 93-101.

- Watkins, M.J. (1974): "Concept and measurement of primary memory". *Psychological Bulletin*, 81, 695-711.
- Waugh, N.C. y Norman, D.A. (1965): "Primary memory". *Psychological Review*, 72, 89-104.
- Waugh, N.C.; Thomas, J.C. y Fozard, J.L. (1978): "Retrieval time from different memory stores". *Journal of Gerontology*, 33, 718-724.
- Weber, R.J.; Brown, L.T. y Weldon, J.K. (1978): "Cognitive maps of environmental knowledge and preference in nursing home patients". *Experimental Aging Research*, 4, 157-178.
- Wechsler, D.A. (1945): "A standardized memory scale for clinical use". *Journal of Psychology*, 19, 87-95.
- Wechsler, D.A. (1969): *Manuel: Échelle Clinique de mémoire de D. Wechsler*. París: Les Editions de Centre de Psychologie Appliquée.
- Wechsler, D.A. (1981): *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R)*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Weckowicz, T.E.; Nutter, R.W.; Cruise, D.G. y Yonge, K.A. (1972): "Speed in test performance in relation to depressive illness and age". *Journal of the Canadian Psychiatric Association*, 17, 241-250.
- Weiner, B.; Frieze, I.; Kukla, A.; Reed, L.; Reot, S. y Rosembaum, R.M. (1971). "Perceiving the causes of success and failure". En E.E. Jones, D.F. Kanause, H.H. Kelly, R.E. Nisbett, S. Valins y B. Weiner (Eds.): *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, NJ.: General Learning Press.
- Weingartner, H. (1986): "Automatic and effort-demanding cognitive processes in depression". En L.W.Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Weinstein, C.E.; Duffy, M.; Underwood, V.L.; McDonald, I. y Gott, S.P. (1981): "Memory strategies reported by older adults for experimental and everyday learning tasks". *Educational Gerontology*, 7, 205-213.
- Welford, A.T. (1958): *Aging and Human Skill*. Londres: Oxford University Press.
- Welford, A.T. (1980): "Memory and age: A perspective view". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Wells, C.E. (1979): "Pseudodementia". *American Journal of Psychiatry*, 136, 895-900.

- Wilkie, F. y Eisdorfer, C. (1971): "Intelligence and blood pressure in the aged". *Science*, 172, 959-962.
- Willems, E.P. (1974): "Behavioural technology and behavioural ecology". *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 7, 151-165.
- Willems, E.P. (1977): "Ecological Psychology". En D. Stokols (Ed.): *Perspectives on Environment and Behaviour, Theory, Research and Applications*. Nueva York: Plenum Press.
- Williams, R.G.A. (1979): "Theories and measurement in disability". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 33, 32-47.
- Williams, R.G.A.; Johnston, M.; Willis, L.A. y Bennett, A.E. (1976): "Disability: A model and measurement technique". *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30, 71-78.
- Williams, S.A.; Denney, N.W. y Schadler, M. (1983): "Elderly adults perception of their cognitive development during the adult years". *International Journal of Aging and Human Development*, 16, 147-158.
- Wimer, R.E. y Wigdor, B.T. (1958): "Age differences in retention of learning". *Journal of Gerontology*, 13, 291-295.
- Winn, F.J. Jr.; Elias, J. W. y Marshall, P.H. (1976): "Meaningfulness and interference as factors in paired-associate learning". *Educational Gerontology*, 1, 297-306.
- Winograd, E. y Smith, A.D (1978): "When do semantic orienting tasks hinder recall?". *Bulletin of the Psychonomic Society*, 11, 165-167.
- Wood, V. y Robertson, J. (1978): "Friendship and kinship interaction: Differential effects of the morale of the elderly". *Journal of Marriage and the Family*, 40, 367-375.
- Wood, V.; Wylie, M. y Sheafor, B. (1969): "An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments". *The Gerontologist*, 6, 31.
- Yesavage, J.A. (1986): "The use of self-rating depression scales in the elderly". En L.W.Poon (Ed.): *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Yesavage, J.A.; Brink, T.L.; Rose, T.L.; Lum, O.; Huang, V.S; Adey, M. y Leirer, V.O. (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report". *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-39.
- Zaretsky, H.H. y Halberstam, J.L (1968): "Age differences in paired-associate learning". *Journal of Gerontology*, 23, 165-168.

- Zarit, S.H.; Cole, K.D. y Guider, R.L. (1981): "Memory training strategies and subjective complaints of memory in the aged". *The Gerontologist*, 21, 158-164.
- Zarit, S.; Eisler, J. y Hassinger, M. (1985): "Clinical assessment". En J. Birren y K. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. 2nd edn. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Zarit, S.H. y Zarit, J.M. (1983): "Cognitive impairment of older persons: Etiology, evaluation and intervention". En P.M. Lewinsohn y L. Teri: *Coping and Adaptation in the Elderly* (Eds.). Nueva York: Pergamon Press.
- Zarit, S.H. y Zarit, J.M. (1984): "Depression in later life: Theory and assessment". En J.P. Abrahams y V.J. Crooks (Eds.): *Geriatric Mental Health*. Grune y Stratton.
- Zelinski, E.M.; Gilewski, M.J. y Thompson, L.W. (1980): "Do laboratory tests relate to self-assessment of memory ability in the young and old?". En L.W. Poon, J.L. Fozard, L.S. Cermak, D. Arenberg y L.W. Thompson (Eds.): *New Directions in Memory and Aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale, Nueva York: Lawrence Erlbaum Association.
- Zemore, R. y Eames, N. (1979): "Psychic and somatic symptoms of depression among young adults, institutionalized aged and non-institutionalized aged". *Journal of Gerontology*, 34, 716-722.
- Zung, W.W.K. (1965): "A self-rating depression scale". *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zung, W.W.K. (1967): "Depression in the normal aged". *Psychosomatics*, 8, 287-291.
- Zung, W.W.K. y Green, R.L.Jr. (1973): "Detection of affective disorders in the aged". En C. Eisendorfer y W.E. Fann (Eds.): *Psychopharmacology and aging*. 213-223 Nueva York: Plenum Press.

EN EL DIA DE LA FECHA, EL TRIBUNAL QUE SUSCRIBO  
A LA PRESENTE TESIS DOCTORAL LA CALIFICACION DE APTA "Cum Laude"  
MADRID, 30 de Octubre de 1990

EL PRESIDENTE,

Tomás Carras  
for

EL SECRETARIO

[Signature]

FDO.....

FDO:.....

PRIMER VOCAL,

SEGUNDO VOCAL,

TERCER VOCAL,

FDO:.....

FDO:.....

FDO .....

[Signature]

[Signature]